5

MÉMOIRE

SUR

L'ADÉNITE CERVICALE

OBSERVÉE

DANS LES HOPITAUX MILITAIRES,

ET SUR

L'EXTIRPATION DES TUMEURS GANGLIONNAIRES DU COU,

PAR H. LARREY,

Chirurgien principal, Professeur au Val-de-Grâce,
Membre de l'Académie nationale de médecine,
Président de la Société de chirurgie,
Agrégé libre de la Faculté de Paris.

EXTRAIT DU TOME XVI

DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1851.

MÉMOIRE

SUR

L'ADÉNITE CERVICALE

OBSERVÉE

DANS LES HOPITAUX MILITAIRES,

ET SUR

L'EXTIRPATION DES TUMEURS GANGLIONNAIRES DU COU [1].

INTRODUCTION.

S'il est une maladie fréquente dans l'armée, appréciable dans sa nature et dans ses causes, distincte dans ses caractères, simple à son début, mais compliquée dans sa marche, dans son développement, dans ses terminaisons, variée dans ses altérations pathologiques, plus ou moins grave pour le pronostic, difficile à guérir, soumise aux règles de l'hygiène, à toutes les applications de la thérapeutique et nécessitant quelquefois l'intervention de la médecine opératoire, digne enfin d'une attention spéciale, c'est assurément la maladie qui constitue l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou.

(1) Voyez le rapport fait à l'Académie de médecine sur ce Mémoire (*Bulletin de l'Académie de médecine*, tome XV, p. 619).

Et cependant cette maladie, observée dans tous les hôpitaux militaires, bien connue surtout des chirurgiens qui ont été à même d'employer pour la guérir les diverses ressources de l'art, a été à peine décrite, à peine indiquée, comme appartenant au domaine de la chirurgie.

Quelques considérations sur l'histoire et la fréquence de cette affection, son siége relatif aux régions du cou, l'étiologie générale et locale, la symptomatologie, selon l'état aigu ou chronique, selon ses variétés, ou ses complications, le diagnostic, la marche et le développement, la durée et les terminaisons, l'anatomie pathologique, le pronostic et les indications thérapeutiques, comprenant le traitement médical et hygiénique, le traitement chirurgical simple et la médecine opératoire; les suites enfin de l'extirpation, telles sont les différentes parties de la question sur laquelle j'ai fait quelques études et de nombreuses recherches depuis plusieurs années.

En choisissant cette question pour sujet du mémoire que je vais avoir l'honneur de lire à l'Académie, j'espère obtenir sa bienveillante attention, malgré l'étendue de ce travail.

Historique.

L'opinion de la plupart des auteurs sur les engorgements ganglionnaires du cou est basée sur l'influence des scrofules.

Hippocrate attribue la dégénération des glandes cervicales à une humeur froide, pituiteuse; et Galien reproduit la même idée, ainsi que la plupart des auteurs anciens.

Ambroise Paré ne paraît pas avoir observé cette maladie aux armées ; et les célèbres chirurgiens militaires qui figuraient dans l'ancienne Académie de chirurgie gardent également le silence sur ce sujet.

J.-L. Petit fait mention seulement des tumeurs appelées *parotides*, parmi lesquelles il range des tumeurs diverses, susceptibles

d'affecter, en même temps que la glande salivaire, les glandes conglobées du voisinage; mais il insiste sur les parotides.

Chopart et Desault, considérant aussi le gonflement des ganglions lymphatiques du cou comme des tumeurs strumeuses, admettent toutefois l'influence d'autres causes, et notamment celle de la syphilis chez les adultes.

Hévin a exposé, dans les généralités sur les bubons, quelques données utiles relatives aux engorgements cervicaux, qu'il appelle *bubons du cou*.

Lassus, à l'exemple de quelques autres pathologistes, donne le nom de tumeurs lymphatiques non pas aux tumeurs adénoïdes, mais à des affections diverses, telles que les abcès froids, des stéatomes, des tumeurs du périoste, des altérations profondes des os, l'œdème éléphantiasique des membres inférieurs, du scrotum, de la vulve, etc.

Boyer décrit en quelques pages la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, au point de vue des scrofules.

On peut passer sous silence bien d'autres citations qui font provenir de cette diathèse tous les engorgements adénoïdes de la région cervicale.

Ils dépendraient, selon Hufeland, Stoll, Portal et d'autres, d'une dégénérescence du virus vénérien.

Larrey, adoptant cette idée, les considérait comme la double manifestation d'une diathèse scrofuleuse et syphilitique tout à la fois. Il a même décrit certains états morbides des glandes lymphatiques du cou, sous le titre de *goître lymphatique squirrheux*, comme résidant dans ces glandes, et laissant presque toujours intact le corps thyroïde (1).

M. Bégin est l'un des premiers qui, admettant une forme aiguë, inflammatoire de l'affection cervicale, a exposé vers 1832

(1) *Mémoire sur les scrofules*, inséré à la fin du *Traité de la maladie scrofuleuse*, par Hufeland, traduction de J.-B. Bousquet, 1821.

les principes de chirurgie applicables au traitement de la forme chronique, par l'ablation des tumeurs ganglionnaires dégénérées.

Un peu plus tard, en 1835, M. le professeur Velpeau a introduit à peu près les mêmes principes dans la pratique civile, et les a professés dans ses savantes leçons de clinique.

M. Vidal (de Cassis), dans son *Traité de pathologie externe*, a consacré une page à peine à l'indication des tumeurs lymphatiques du cou.

M. Nélaton n'en parle (dans ce qui a paru de son ouvrage de *Pathologie chirurgicale*) qu'à l'occasion de l'adénite lymphatique en général.

On doit reconnaître que les chirurgiens militaires ont été en position de bien apprécier la nature, les caractères et le traitement de l'adénite cervicale. Citer à côté du nom de M. Bégin les noms de MM. Willaume, Gama, Sédillot, Scoutteten, Baudens, Hénot, Murville, Gimelle et d'autres qui se présenteront par la suite, c'est désigner des observateurs qui ont vu en grand la maladie qu'ils auraient pu décrire, comme j'ai tâché de le faire.

Qu'il me soit donc permis de revendiquer une part dans cette étude, et de dire qu'après avoir recueilli au Val-de-Grâce, depuis 1833, un assez grand nombre de faits, après avoir pratiqué une vingtaine de fois l'extirpation des glandes hypertrophiées ou dégénérées du cou, j'ai souvent indiqué, dans mes cours, les conditions diverses de la maladie.

J'ajouterai que deux anciens élèves de nos hôpitaux militaires, auxquels j'en avais donné le conseil, avaient adopté l'adénite cervicale pour sujet de leurs thèses. Ces deux dissertations, les seules à citer sur cette matière, ont été soutenues : l'une en 1844, à la Faculté de Paris, par M. Follet (1); l'autre en 1846, à la Faculté de Montpellier, par M. Peyrocave (2).

(1) *De l'adénite cervicale considérée chez les militaires.*
(2) Même titre.

M. Follet a étudié la question au point de vue de l'étiologie, et a cherché à démontrer l'influence mécanique de la compression, comme cause locale, à l'exclusion des scrofules. Son travail a été reproduit dans la *Gazette médicale*.

M. Peyrocave a combattu la théorie de l'étiologie locale, pour assigner à l'origine de la maladie des causes toutes générales.

J'essaierai de démontrer l'exagération de ces deux idées contraires; car, si l'on doit reconnaître, d'une part, l'influence des causes analogues à celles qui produisent les scrofules, il faut rattacher, d'autre part, à des conditions locales l'existence d'un grand nombre d'adénites cervicales dans l'armée.

Ce mémoire a ainsi pour but d'exposer l'ensemble de la question dans ses parties principales, et de continuer les recherches partielles qui ont été faites sur le même sujet, pour en former une monographie à peu près complète.

Synonymie.

Les différents noms donnés à la maladie qui fait le sujet de ce travail nous permettraient de les employer indistinctement, parce qu'ils ont à peu près la même signification. Telles sont les désignations suivantes : Engorgements cervicaux, engorgements glanduleux, ganglionnaires ou adénoïdes du cou, tumeurs lymphatiques ou strumeuses, scrophules externes, bubons du cou, ganglionite, adénopathie ou adénite cervicale. Cette dernière dénomination nous semble devoir être adoptée, parce qu'elle exprime d'une manière exacte et précise la nature de la maladie, et en fait préjuger même les différentes formes, les caractères, les complications et les suites.

Fréquence.

Un fait d'observation notable tout d'abord pour quiconque parcourt aujourd'hui les salles de chirurgie des hôpitaux mili-

taires, c'est la multiplicité des engorgements glanduleux de la région cervicale. Et ce ne sont pas toujours des sujets de constitution débile et d'apparence lymphatique qui s'offrent ainsi aux regards de l'observateur, ce sont souvent des hommes choisis dans les conseils de recrutement comme les plus aptes au service, parce qu'en effet leur extérieur, leur taille et leur physionomie annoncent la force et la santé. Dans les hôpitaux civils, au contraire, les affections de ce genre sont rares dans les mêmes proportions ; et pourtant n'est-ce pas là que l'on rencontre les individus des classes pauvres, soumis aux influences débilitantes de la misère et à celles des scrofules? Mais il faut dire que l'ouvrier atteint d'adénite cervicale simple ne s'en préoccupe guère, et continue ses travaux, tandis que le soldat, soumis à la visite, est obligé d'interrompre son service pour entrer à l'infirmerie ou à l'hôpital.

C'est donc spécialement chez les militaires qu'il est possible d'observer, après l'âge de puberté, la fréquence des engorgements glanduleux du cou. Et non seulement la symptomatologie, mais encore l'anatomie pathologique démontre chez un grand nombre d'entre eux, morts de diverses maladies, des altérations latentes des ganglions cervicaux dont l'origine atteste la fréquence. C'est là un point essentiel à signaler et qui mérite de fixer l'attention de nos confrères de l'armée. Nous y reviendrons plus tard.

Il est à noter cependant que les soldats de la république et de l'empire paraissaient exempts de cette affection, sinon d'une manière absolue, du moins relative. Les souvenirs de mon père ne lui rappelaient point à cet égard ce qu'il avait vu depuis, et l'un de ses regrettables collègues au conseil de santé, M. l'inspecteur Moizin, nous a dit à peu près la même chose.

Quelle peut être la raison de cette différence à des époques éloignées, il est vrai, mais chez des hommes placés dans des

conditions en apparence les mêmes? C'est sans doute l'influence de la vie militaire active, aussi bien que l'habitude des fatigues de la guerre, qui préservait les soldats d'autrefois d'un mal auquel sont si exposés les soldats d'aujourd'hui. Nous en rechercherons bientôt les causes; signalons d'abord le fait.

Il en est un autre que nous devons mentionner: c'est que les soldats infirmiers sont en proportion moins affectés d'adénite cervicale que les soldats des régiments (M. Peyrocave a tenu compte de cette différence).

Notons aussi, d'après M. Froment, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles (et qui avait servi pendant une dizaine d'années dans la cavalerie), que les ganglions cervicaux y sont beaucoup plus rarement malades que dans l'infanterie. La raison de cette différence, pour M. Froment, était une constitution plus forte ou moins affaiblie chez les hommes à cheval que chez les hommes à pied, soumis en effet à bien plus de fatigues.

Ajoutons que les officiers sont très rarement atteints de l'adénopathie, sans doute à cause des conditions plus favorables dans lesquelles ils sont placés.

Enfin, d'après l'observation de MM. les professeurs Bégin et Sédillot, et d'après les comptes rendus de leurs cliniques par MM. Malle et Radat, les adénites cervicales sont tellement communes parmi les militaires qui séjournent en Alsace, et surtout à Strasbourg, que les divers régiments venus de l'intérieur de la France avaient bientôt, après leur arrivée, un certain nombre de soldats à l'hôpital.

Les documents nous manquent sur la fréquence ou la rareté de la maladie dans les armées étrangères.

Statistique.

Il serait intéressant de rechercher par des relevés statistiques quelle est dans l'armée française la proportion des engorgements

cervicaux relativement aux autres maladies. On reconnaîtrait qu'une large place appartient à celle-ci, non seulement dans le cadre nosologique des hôpitaux militaires, mais encore sur les états de convalescence et de réforme. Ce fait devient même appréciable dans des proportions réduites.

Ainsi, M. Follet a observé en 1841, à l'hôpital militaire de Versailles, 47 sujets atteints d'adénites cervicales. Le nombre des journées de traitement fut de 4,206, la moyenne de plus de 89 jours, ou à peu près 3 mois de traitement. Il en entra 36 dans les 8 premiers mois de 1842. On est effrayé de pareils chiffres, ajoute M. Follet, et pourtant ce n'est rien, si l'on pense que la plupart de ces individus étaient déjà entrés à l'hôpital et devaient y rentrer encore.

Les matériaux de ce genre ne manquent pas pour les recherches statistiques à faire, et il me paraît utile d'appeler l'attention des médecins militaires sur cette partie de la question, en espérant que le conseil de santé voudra bien les y encourager par l'initiative de son autorité.

Siége anatomique.

Le siége de la maladie offre une grande importance d'appréciation, puisqu'il se trouve souvent relatif à la nature des causes. L'inflammation peut se développer dans la substance glanduleuse seulement, ou aussi dans le tissu cellulaire circonvoisin.

Tantôt superficielle, tantôt profonde, l'adénite revêt des formes et prend des caractères qui servent à la différencier dans l'espèce. Les ganglions lymphatiques du cou sont d'ailleurs si nombreux, si disséminés sur tous les points de cette région, qu'ils sont exposés aux causes de l'inflammation, de l'engorgement, de la dégénérescence, et peuvent donner naissance à des tumeurs. Ici c'est derrière le muscle sterno-mastoïdien, et vers

la face externe du trapèze, qu'ils se manifestent ; là c'est dans le tiers supérieur du cou, sous l'angle de la mâchoire ou dans le voisinage de la région occipito-mastoïdienne ; ou bien c'est plus en avant près du larynx, ou plus bas vers la clavicule.

M. Malle (1) a nettement indiqué les régions distinctes dans lesquelles apparaissent les ganglions lymphatiques tuméfiés ; à savoir : dans les régions parotidienne, sous-maxillaire, sous-mastoïdienne, sous-hyoïdienne, latérale, et sus-claviculaire.

M. le professeur Velpeau (2) a aussi exposé sur ce sujet les résultats de son observation, en y joignant de savants détails d'anatomie topographique. Je rappellerai quelques unes des considérations les plus utiles à cet égard.

Et d'abord, *à la région parotidienne*, l'adénite ganglionnaire simule quelquefois une tumeur de la parotide, et si elle passe à l'état d'induration et d'hypertrophie, elle peut faire croire à une maladie du tissu propre de l'organe sécréteur de la salive. C'est, comme on le sait, dans des cas de cette nature, que des chirurgiens ont cru extirper la parotide elle-même, tandis qu'ils avaient affaire seulement à une adénopathie parotidienne qui avait comprimé, atrophié la glande salivaire, en occupant sa place. Nous y reviendrons.

Les *tumeurs appelées parotides* forment le premier paragraphe du chapitre *Des tumeurs* par J.-L. Petit, qui comprend sous cette dénomination des tumeurs très diverses de la région, et conséquemment des tumeurs de nature adénoïde. Celles-ci sont sans doute, dans beaucoup de parotidites, le siége essentiel de l'affection.

A *la région sous-maxillaire*, l'engorgement est plus fréquent, mais il est rarement considérable, en raison peut-être d'une

(1) *Mémoire sur les tumeurs ganglionnaires de la région cervicale* (extrait des *Archives médicales de Strasbourg*, 1836).

(2) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, tome III.

moindre extensibilité des tissus. M. Malle a remarqué que ces ganglionites se montrent particulièrement au-dessus de l'angle formé par le muscle digastrique et en avant du mylo-hyoïdien. On les reconnaît bien à leur début : elles sont assez mobiles et moins adhérentes que d'autres, mais elles sont plutôt multiples et se développent ou pénètrent intérieurement, surtout à la région sous-parotidienne, vers l'apophyse styloïde, en projetant parfois des racines jusque vers les premières vertèbres cervicales.

A la région *sous-mastoïdienne*, les tumeurs ganglionnaires situées sous le muscle sterno-mastoïdien siégent tantôt en avant, tantôt en arrière de ce muscle. En avant, elles semblent plus fréquentes, plus volumineuses, et elles envoient des prolongements dans les régions voisines. En arrière, où elles sont plus adhérentes, elles peuvent s'étendre jusqu'à l'apophyse mastoïde et sous les muscles de la région postérieure du cou. On les trouve d'autres fois séparées seulement par un tissu cellulo-fibreux de celles qui sont groupées en avant, de telle sorte que ce tissu représente une cloison intermédiaire.

A la région *sous-hyoïdienne latérale*, ou à la partie moyenne et le long du cou, l'adénite offre des caractères distincts; elle est assez superficielle et mobile le plus ordinairement, comme dans l'état scrofuleux; mais d'autres ganglions peuvent se développer plus profondément dans la même région jusque sur la gaîne des vaisseaux carotidiens, sans qu'ils soient toujours appréciables au diagnostic. Il peut en être de même pour les ganglions profonds de la région sous-parotidienne.

A la région *sus-claviculaire* enfin, les ganglions malades sont ou superficiels, ou profonds, et communiquent avec ceux des autres régions, plutôt qu'ils ne restent isolés. Chez certains malades même (mais c'est alors chez les sujets scrofuleux), ils se joignent, comme un chapelet, aux ganglions thoraciques.

La peau; une couche celluleuse peu épaisse; le muscle

peaucier (dans la moitié antérieure de la région); une autre couche cellulaire mince, lamellée, dans laquelle se trouve placée la veine jugulaire externe; l'aponévrose, qui se dédouble pour former une gaîne aux muscles trapèze et sterno-mastoïdien; du tissu cellulaire; de la graisse; beaucoup de ganglions lymphatiques; les nerfs du plexus cervical; quelques veines et artères secondaires, cervicales ascendantes, sus-scapulaires, etc.; la veine sous-clavière tout à fait en bas, et le muscle omo-hyoïdien; le nerf phrénique; le muscle scalène antérieur; les nerfs du plexus brachial; l'artère sous-clavière; le muscle scalène postérieur et les vertèbres: tels sont en résumé dans leur ordre de superposition, les tissus et organes multiples de cette région. C'est assez dire combien elle offre d'importance au point de vue qui nous occupe, et combien les ganglions qui s'y trouvent ont de tendance à s'enflammer.

Étiologie.

La plupart des observateurs, comme le démontre l'histoire de cette maladie, attribuent le développement pathologique des ganglions cervicaux à des causes générales, représentant pour les uns, une altération des liquides; pour les autres, une altération des solides. De cette influence générale ils ont fait procéder la manifestation locale tellement essentielle pour eux, tellement caractéristique, qu'ils ont résumé en elle les signes communs de la maladie tout entière, et ils ont désigné ainsi les divers gonflements lymphatiques ou glanduleux du cou sous le nom générique de scrofules.

L'opinion qui généralise l'affection locale, en la plaçant sous la dépendance de cette maladie générale ou quelque autre diathèse morbide, cette opinion est confirmée, il est vrai, par l'examen d'un grand nombre de malades admis dans les hôpitaux civils. Si ces malades, en effet, présentent des phlogoses

ganglionnaires du cou, ils sont atteints en même temps d'affections dartreuse, scorbutique, tuberculeuse ou autres, dont les variétés ou les nuances sont confondues avec les scrofules ou assimilées à elles.

Causes générales. — Jetons un coup d'œil sur les conditions les plus propres à faire développer les engorgements strumeux du cou, et nous verrons que les militaires sont souvent en dehors de ces conditions-là. Ce sera un raisonnement simple pour arriver à la démonstration d'un ordre de causes particulières expliquant la fréquence et la propagation de l'adénite cervicale dans l'armée.

C'est d'ordinaire dans le jeune âge que se déclarent les scrofules, tout le monde le sait; et l'aphorisme d'Hippocrate, s'il souffre quelques exceptions, reste généralement vrai : *Strumæ post annum vigesimum non fiunt.*

Lomnius l'a dit encore en ces termes : *Strumæ maxime pueris accidunt.*

Faure (de Lyon) a prétendu même que jamais, après l'âge de la puberté, les écrouelles ne peuvent se manifester.

Il faut reconnaître néanmoins qu'elles sont susceptibles d'apparaître non seulement dans l'âge adulte avec des conditions débilitantes, mais même dans un âge avancé, ainsi que l'observation en a été faite chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

Ces faits assez rares ne sauraient s'appliquer aux soldats d'une manière générale, sous le rapport de l'âge : première différence notable.

Est-il besoin maintenant de rappeler les caractères généraux assignés aux scrofules par la plupart des auteurs, pour les éliminer, en partie du moins, des conditions dans lesquelles se trouvent les hommes de la classe militaire? Le tableau qu'en a tracé Bordeu est assez frappant pour suppléer à toute autre description plus étendue.

« On regarde comme écrouelleux, dit l'illustre médecin, ceux qui sont sujets à des fluxions aux yeux, à des maux aux oreilles, qui ont la lèvre supérieure gonflée, le nez morveux, rouge et douloureux, les yeux élargis, *les glandes du cou élargies et toutes les autres plus ou moins tuméfiées*, le ventre bouffi, les extrémités maigres, les os recourbés, etc. » Bordeu achève cette description déjà si précise par l'exposé des complications générales et des terminaisons graves de la maladie. Mais nous le demandons encore, est-il nécessaire d'insister sur ce point, pour démontrer qu'un état constitutionnel qui se généralise dès le jeune âge entraîne de droit la réforme pour les jeunes gens appelés à la conscription, en même temps qu'il n'offre point l'ensemble de ces caractères chez les hommes reconnus d'abord aptes au service et atteints plus tard de l'affection adénoïde?

C'est là ce qui constitue une seconde différence entre l'adénite cervicale strumeuse et l'adénite cervicale simple.

Ces causes généralement attribuées aux scrofules ne se manifestent point chez un grand nombre de soldats atteints d'adénopathie. Ainsi, avant tout, et dès le premier âge de la vie, le principe morbide des scrofules n'agit point sur l'organisation, qu'il rend progressivement faible ou maladive; ou bien s'il n'exerce point d'action primitive, mais secondaire, sur l'économie, il suffit encore pour l'altérer plus ou moins dans son ensemble ou dans quelques unes de ses parties.

Les influences indirectes de l'hérédité, des maladies natives, de la syphilis constitutionnelle, des accidents de la gestation, etc., sont trop étrangères au développement ultérieur de la ganglionite chez les soldats, pour qu'il soit besoin de les discuter. Chez aucun des 86 malades de M. Follet, l'affection n'était héréditaire; et tous ceux qui avaient connu leurs parents les avaient connus sains, de même que leurs frères et leurs sœurs. C'est là un fait à noter, sans en déduire de conséquence trop absolue.

Je puis déclarer d'après les résultats de mes nombreuses observations, et d'après ce que j'ai vu depuis quinze à seize ans dans les conseils de révision, que la plupart des militaires atteints d'engorgements cervicaux n'en avaient presque jamais été affectés avant d'être enrôlés sous les drapeaux.

Nous ne rencontrons pas non plus chez la plupart d'entre eux les altérations diverses qui accompagnent les écrouelles. Ainsi, point de ces ulcères dont la nature même représente précisément l'un des caractères essentiels de la maladie scrofuleuse. M. Follet n'en a pas constaté un seul cas chez les 86 malades qu'il a observés à Versailles; point de ces affections catarrhales ou de ces sécrétions muqueuses qui siégent spécialement aux yeux, dans les voies lacrymales, dans les fosses nasales, dans la cavité buccale et ailleurs; point d'épanchements séreux dans la plèvre ou le péritoine, qui offrent souvent des traces d'inflammation chronique chez les scrofuleux; point d'engorgement simultané des ganglions de l'aisselle et de l'aine; très rarement des altérations des os ou des articulations, soit carie, soit tubercules, et plus rarement encore le rachitisme (comme il est facile d'en comprendre la raison); assez rarement enfin des signes de tuberculisation pulmonaire, tandis que souvent on rencontre des tubercules dans les poumons et le mésentère des scrofuleux. Chez eux aussi les glandes tuméfiées du cou deviennent toujours tuberculeuses, comme M. Louis en a fait la remarque. Ce savant médecin a encore signalé, avec son talent d'observation si exact, la fréquence des ganglions tuberculeux du cou chez les phthisiques (1).

S'il est démontré que les strumes ne sont souvent pour rien dans la manifestation primitive de l'adénite cervicale chez les militaires, en est-il de même de quelques causes générales ten-

(1) *Recherches sur la phthisie*, Paris 1843, p. 107.

dant à produire certaines altérations fonctionnelles de l'économie, et à favoriser aussi l'évolution secondaire des scrofules, lorsque ces causes agissent d'une manière constante ou durable? Non assurément, on ne saurait nier que des causes débilitantes pour l'ensemble de l'économie, en troublant le libre exercice des fonctions, ne puissent porter une atteinte à la santé, avec des caractères morbides locaux analogues à ceux qui dépendent de la prédominance du tempérament lymphatique et de la constitution strumeuse.

Ce tempérament lymphatique chez les soldats et même le tempérament sanguin; l'âge de la conscription chez un grand nombre, trop faibles encore pour supporter sans ménagement la fatigue des armes; la transition brusque de la vie des champs ou d'une existence paisible à un état contraire; le changement d'habitudes, de régime, de nourriture et de climat; la nostalgie, ce mal du pays si fréquent chez les Alsaciens, les Auvergnats, les Pyrénéens, les Bretons, et tant d'autres recrues de nos provinces de France, ce mal qui les atteint dans leurs souvenirs, dans leurs attachements les plus chers; une alimentation insuffisante, peu nutritive ou indigeste; l'usage des liqueurs fermentées; les variations atmosphériques; l'air froid et humide; la suppression instantanée de la transpiration; l'altération de l'air respirable et les conditions de l'encombrement dans les casernes, dans les baraques de campement, dans les corps de garde, dans les salles de police, dans les prisons et dans quelques hôpitaux même; la malpropreté dans la tenue; les excès de tous genres, et entre autres les excès vénériens; l'habitation des lieux bas et humides, mal aérés, peu ou point éclairés par la lumière du jour; les changements de garnison, d'un pays tempéré à un pays froid, dans la mauvaise saison; les factions et les services de nuit; les vents de nord et de sud-ouest; les neiges, les pluies fréquentes; les rafales de mer: le voisinage des fleuves et des

rivières (notamment aux bords du Rhin); celui des marais enfin, et leurs émanations miasmatiques : telles sont, en aperçu, les causes générales vraiment prédisposantes des maladies du système lymphatique chez les militaires, et ainsi des engorgements glanduleux du cou. Et elles ont d'autant plus de tendance à agir, qu'elles se trouvent plus réunies chez le même individu. C'est là une proposition préalable que nous devons admettre ; mais il ne faudrait pas accorder à ces diverses influences une action trop exclusive.

Les maladies vénériennes sont si fréquentes dans l'armée, que l'on serait porté à leur attribuer au moins une grande part dans la production des adénites cervicales, s'il ne fallait en restreindre les effets aux ulcérations de la gorge, et encore ce résultat n'est-il pas fréquent. Est-ce parce que la salive entraîne avec elle la plus grande partie du pus et l'empêche d'être aussi facilement absorbé par les vaisseaux lymphatiques pour le porter de là dans les ganglions circonvoisins? Est-ce parce que les ulcérations elles-mêmes, constituant des chancres consécutifs, semblent dépourvues en partie de leurs propriétés virulentes? Est-ce parce que l'emploi rationnel du mercure ou de l'iodure de potassium, en agissant par absorption pour détruire le principe syphilitique, prévient en même temps l'obstruction des vaisseaux et des ganglions lymphatiques du cou? Est-ce par toute autre condition moins appréciable que celles-là?... Quoi qu'il en soit, l'affection vénérienne, lors même qu'elle est caractérisée par des ulcères de la gorge, ne détermine pas nécessairement la ganglionite cervicale, d'autant que celle-ci s'est montrée à notre observation dans un grand nombre de cas, chez des sujets qui n'avaient jamais eu la vérole.

Reconnaissons toutefois, avec Chopart et Desault, que cette cause peut agir dans certaines conditions où le virus syphilitique est directement transmissible par les lèvres dans des baisers

lascifs. Ce serait le cas d'accepter le nom de bubon vérolique du cou indiqué par Hévin. Je n'en dirai pas davantage à ce sujet.

Causes locales. — C'est à peine si quelques auteurs admettent ou supposent même l'influence des causes locales dans l'adénopathie cervicale, et cependant ce sont bien souvent des causes tout à fait externes, agissant tantôt directement sur les ganglions, comme la compression, les contusions, les plaies, les déchirures, les ulcérations ; tantôt indirectement comme les lésions susceptibles de déterminer une irritation locale, et de la transmettre aux ganglions, soit par la continuité de tissus, soit par sympathie organique. M. Bégin considère même ces causes irritatives comme la condition la plus ordinaire.

Si l'observation clinique fait découvrir chez les malades des hôpitaux civils des affections complexes en rapport avec les engorgements cervicaux, elle démontre de plus, chez les malades des hôpitaux militaires, une localisation circonscrite, isolée, distincte de l'adénite cervicale. C'est là un fait incontestable, qui a depuis longtemps fixé notre attention, et que tous les officiers de santé de l'armée, comme nous l'avons dit, sont en position de vérifier chaque jour.

L'influence directe des causes locales, signalée par quelques chirurgiens militaires, est donc, selon nous, pour une grande part dans la production si fréquente de la maladie.

Non, certes, toutes les tumeurs adénoïdes du cou ne sont pas liées nécessairement à l'affection scrofuleuse, ni même soumises à des conditions morbides analogues à celle-là. C'est ce qu'il s'agit de démontrer; l'assertion du fait ne suffit pas, et cette partie de la question, simplement énoncée, mérite quelques détails propres à expliquer cette fréquence de l'adénopathie parmi les soldats.

Le froid, et en particulier le froid humide, n'agit pas seule-

ment comme cause générale, soit par un effet prolongé, soit par un effet passager, en supprimant par exemple la transpiration, il agit encore ici comme cause locale de l'affection. J'ai indiqué cette cause qui m'a paru très appréciable chez les soldats en faction, surtout pendant les gardes de nuit : c'est le passage de la fraîcheur humide à travers les lucarnes des guérites, ou un courant d'air froid frappant le côté correspondant de la face ou du cou. De là les adénites dont le développement est quelquefois si rapide, que les hommes qui en sont atteints entrent dès le lendemain ou le surlendemain à l'infirmerie ou à l'hôpital. Interrogés avec soin, ils expliquent eux-mêmes l'origine de leur mal. J'ai pu faire la même remarque pour des douleurs rhumatismales, des ophthalmies, des otites, des amygdalites dues à la même cause, et je l'ai signalée dans mes rapports de service.

Parmi les causes qui donnent lieu à l'adénite cervicale, il en est quelques unes bien connues de tous les praticiens, et sur lesquelles M. Velpeau a plus spécialement fixé son attention. Appréciant ce qui se passe pour les ganglions de l'aisselle et de l'aine, il établit en principe que les ganglions de la région cervicale se tuméfient consécutivement, lorsque les vaisseaux lymphatiques qui s'y abouchent sont irrités ou enflammés par un état pathologique des tissus ou des organes circonvoisins.

Ainsi les lésions mécaniques, inflammatoires, ulcéreuses ou autres de la face et du cuir chevelu, l'érysipèle, la teigne, les croûtes de la tête, les excoriations du front, de la tempe, la rougeur habituelle du visage, l'eczéma des oreilles et les ulcérations préauriculaires, les ophthalmies externes, diverses affections de la bouche, plaies, abcès, ulcères, fistules, gangrène, tumeurs, cancer des joues, des lèvres, de la langue, des amygdales et des gencives, les fluxions et les caries dentaires, les maladies des os maxillaires, les affections furonculeuses et charbonneuses du cou, le phlegmon circonscrit ou diffus de cette région, ainsi que l'exis-

tence de différents goîtres, enfin certaines lésions organiques de la région intra-thoracique supérieure, sont autant d'affections qui déterminent la phlogose des glandes du cou, comme on peut le voir dans les hôpitaux militaires, aussi souvent que dans les hôpitaux civils. Si, par exemple, la fluxion et la carie dentaires occasionnent assez facilement cette phlogose, il est utile de rappeler que les soldats négligent trop les soins indiqués par l'hygiène de la bouche et qu'ils sont très sujets aux stomatites. Un grand nombre d'entre eux sont affectés de gengivite, produite par le dépôt de tartre sur le collet des dents ; des ganglionites sous-maxillaires se déclarent alors, elles sont plus ou moins douloureuses, mais rarement prononcées sans tendance à passer à l'état chronique et à se terminer par suppuration. Si la gengivite qui leur a donné lieu disparaît, l'engorgement disparaît aussi. L'amygdalite doit être considérée comme cause fréquente également d'adénite sous-maxillaire ; c'est encore l'une des affections les plus fréquentes que nous ayons à observer.

L'habitude de fumer et surtout de chiquer, si répandue parmi les militaires comme chez les marins, contribue, selon moi, beaucoup plus qu'on ne le pense, à produire la phlogose des ganglions cervicaux, soit en surexcitant l'action des glandes salivaires, soit en provoquant l'ulcération de la bouche, et par suite la carie des dents ou bien le gonflement des gencives et l'hypertrophie des amygdales. Je sais que M. le professeur Roux admet cette influence sans restriction et d'une manière trop absolue peut-être. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette habitude, beaucoup plus invétérée aujourd'hui dans l'armée qu'elle ne l'était autrefois, entretient et prolonge la maladie, si elle n'en occasionne la plus grande fréquence.

La salivation mercurielle excite encore l'inflammation des glandes lymphatiques du cou : j'ai pu m'en assurer, dans bien des cas, en dirigeant au Val-de-Grâce des services de vénériens.

M. Malle a vu aussi les adénopathies survenir à la suite de l'emploi des pilules de ciguë et de calomel ; il a même extirpé une tumeur ganglionnaire développée sous cette influence. On doit remarquer néanmoins que le gonflement adénoïde formé pendant le ptyalisme ne semble point avoir de tendance à la suppuration ; les glandes sont seulement douloureuses surtout au toucher, et il faut dire que si l'engorgement survient rapidement, il se dissipe de même, à moins que les gencives ne soient malades simultanément et ne déterminent ou n'entretiennent l'inflammation glanduleuse.

Les causes locales par lésions mécaniques sont diverses : tantôt c'est une contusion, tantôt une plaie du cou, une excoriation, une piqûre ; la piqûre d'un insecte, d'un frelon par exemple, y a donné lieu.

C'est aussi l'application d'un vésicatoire, d'un cautère, d'un séton à la nuque ou derrière les oreilles, et l'irritation produite par ces exutoires, qui propagent la phlogose des vaisseaux lymphatiques jusqu'aux ganglions.

C'est de même enfin que peut agir toute opération chirurgicale pratiquée à la face, dans la bouche ou au cou.

Si donc l'adénite cervicale chez les militaires semble ne dépendre point de causes générales, et si, au contraire, elle se rattache à des causes locales, il en est une plus directe, plus immédiate peut-être : c'est la compression mécanique. Celle-ci est occasionnée soit par le bouton et l'ourlet grossiers de la chemise, par l'agrafe de la tunique ou de l'habit, soit par le col d'uniforme lorsqu'il est neuf, roide, trop haut ou trop serré, comme je l'ai vu maintes fois. M. Follet, en exagérant l'influence de cette cause, en a cependant bien exposé le mécanisme. C'est là, en effet, une cause appréciable souvent dès les premiers temps du service, chez les jeunes soldats, et d'autant plus, qu'ils étaient peu accoutumés auparavant à supporter la moindre compres-

sion de la région cervicale. C'est aussi parce que les effets d'habillement, n'étant pas confectionnés sur mesure, gênent d'autant plus le cou qu'ils sont plus étroits. Mais souvent cette cause agit peu à peu, d'une manière insensible et presque à l'insu des hommes qui n'en distinguent pas toujours les effets.

Comment agit-elle? N'est-ce pas d'une façon analogue à celle des collets trop serrés chez les enfants d'ailleurs bien constitués et affectés par cette cause d'engorgements cervicaux que Lalouette appelait *scrofules bénignes?* Pelletier avait dit de même que les ganglions du cou se gonflent quelquefois par des vêtements trop serrés.

Il est, du reste, aisé de comprendre le résultat de cette compression, en observant la gêne et la roideur des mouvements de la tête chez les conscrits obligés de marcher le cou fixe et tendu. Des modifications physiologiques, et secondairement des lésions pathologiques, surviennent dans les ganglions pressés, refoulés par la compression qu'exercent les diverses parties des vêtements du cou. Ce fait est signalé annuellement dans plusieurs des rapports sanitaires de l'armée.

Les effets de cette compression mécanique à peine sensible au début, si ce n'est par la gêne, ne deviennent appréciables que lorsque les ganglions sont déjà développés au point de rendre l'usage du col douloureux ou très incommode. C'est là ce qui a fait contester non l'influence, mais la fréquence de la compression mécanique, parce qu'elle devait, a-t-on dit, agir plutôt ou plus vite, tandis que la plupart des conscrits ne paraissent point atteints d'engorgements cervicaux. Dans quelques cas cependant, le jeune soldat semble s'accoutumer à cette gêne; l'adénite même reste stationnaire ou se dissipe. Mais si un nouveau col remplace celui qui a perdu son action compressive en s'usant et en s'adaptant au cou, les ganglions s'enflamment de nouveau, l'affection reparaît et le mal s'aggrave,

ou au moins passe à l'état chronique. C'est alors que l'on peut trouver des chapelets de ganglions assez petits et à peine douloureux chez des sujets qui ne s'en sont jamais plaints, quoiqu'ils en soient affectés depuis plusieurs mois.

C'est spécialement et presque exclusivement dans les régiments venus de France, et parmi les hommes dont le cou est le plus serré, que se manifeste le gonflement des glandes lymphatiques. Tandis qu'à l'armée d'Afrique, parmi les indigènes et dans certains corps acclimatés tels que les zouaves, les spahis, qui ont le cou libre ou à peine entouré d'une légère cravate, l'adénite cervicale semble ne se montrer jamais. N'est-ce pas là une preuve convaincante de l'influence mécanique de la cause sur la pathogénie de cette affection?

On ne saurait objecter à ce fait général que les hommes des régiments d'Afrique sont d'une meilleure constitution ou placés dans les conditions hygiéniques plus favorables, puisque nous savons tous combien ils ont à souffrir des fatigues, des privations, des excès ou des maladies; et puisque tant d'autres au milieu d'eux non moins robustes, ou non moins aguerris, mais vêtus et colletés comme les soldats en France, sont atteints comme eux d'engorgements adénoïdes.

Il ne faudrait pas cependant s'exagérer l'influence de la compression mécanique ni lui attribuer trop exclusivement, comme l'a fait M. Follet, une action essentielle et dominante. C'est ce que nous avons dit déjà, mais c'est ce qu'il importe de rappeler en tenant compte des influences climatériques ou autres.

Il peut se faire enfin qu'aucune cause ne soit appréciable, soit parmi les influences locales, soit parmi les influences générales, mais il importe de rechercher dans quelles conditions se trouvent les jeunes soldats malades, et s'ils n'ont pas été soumis à l'infection miasmatique des casernes, des campements et des corps de garde, surtout pendant les temps froids et humides.

Nature et formes de la maladie.

D'après ces considérations sur l'étiologie, l'adénite cervicale chez les militaires est donc de sa nature une maladie localisée, une inflammation ou une subinflammation des ganglions lymphatiques favorisée souvent par des causes générales, déterminée plus souvent encore par des causes locales.

Or, comme l'adénite lymphatique en général, l'adénite cervicale est une maladie symptomatique et non essentielle; la région dans laquelle elle se manifeste, les causes diverses qui en favorisent le développement, le démontrent assez; et s'il était besoin ou permis de prouver sa pathogénie par des expériences, on pourrait provoquer artificiellement l'apparition de cette maladie.

Elle se présente sous des formes diverses et avec des caractères distinctifs de siége, de causalité, de séméiologie et de complications que je crois devoir énoncer d'avance.

Ainsi, par le siége, elle est, comme nous l'avons dit, parotidienne, sous-maxillaire, sous-mastoïdienne, sus-claviculaire, etc., superficielle ou profonde; pour l'étiologie, elle est idiopathique ou symptomatique, primitive ou consécutive, simple ou compliquée, soit congestive, fluxionnaire ou mécanique, soit scrofuleuse, syphilitique, herpétique, etc.; pour la séméiologie, elle est aiguë ou chronique, unique ou multiple, mobile ou adhérente, phlegmoneuse, purulente, ulcérée, fistuleuse, indolente, indurée, etc.; pour les complications et l'anatomie pathologique, elle est enfin akystique ou enkystée, dégénérée, tuberculeuse, fibreuse, fibro-plastique, squirrheuse, encéphaloïde, etc.

Symptomatologie.

Ces variétés de formes laissent pressentir que les symptômes de l'adénopathie cervicale sont différents ou modifiés non seulement selon ses causes, mais aussi selon les degrés de son intensité, selon les modifications de sa marche et de son

développement, selon enfin les tendances de ses terminaisons; de là deux périodes principales, distinctes, qui me paraissent avoir été bien appréciées par M. Bégin, à savoir : la période d'acuité et la période de chronicité.

A l'état aigu, l'adénite est caractérisée d'abord par un léger gonflement du ganglion, qui roule sous la peau et paraît un peu sensible. Sa forme sous le doigt est, au début, celle d'une aveline ou d'un petit marron; sa consistance est assez ferme. Bientôt il est plus douloureux, surtout à la pression; la peau devient rosée, puis rouge dans le point correspondant; elle est chaude et semble quelquefois brûlante; l'application du doigt y laisse une empreinte blanche comme dans l'érysipèle; le tissu cellulaire participe à son tour à l'inflammation locale et offre à un degré plus prononcé les caractères d'un phlegmon circonscrit: c'est alors, en effet, que l'adénite peut être appelée phlegmoneuse. La tumeur unique ou multiple, douloureuse au toucher, à la pression, se montre ensuite moins mobile; elle s'élargit à la base, grossit à la surface, et offre une consistance plus ferme, plus résistante, comme si elle était unie ou adhérente au tissu cellulaire enflammé; elle est luisante, tendue, d'un rouge plus foncé; les douleurs ne sont plus faibles ou obtuses mais aiguës, pongitives; et si l'engorgement devient plus considérable, les mouvements de la tête sont difficiles, douloureux, et un torticolis plus ou moins prononcé en est la conséquence.

Les ganglions engorgés et isolés d'abord se réunissent en grossissant, s'agglomèrent entre eux et forment des masses à divers degrés de phlogose. Ils ne sont pas toujours seuls malades : les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent sont souvent rouges, douloureux, tendus, enflammés, comme j'ai été à même de m'en convaincre bien des fois; mais ce n'est là qu'une liaison presque nécessaire de deux états pathologiques dépendant l'un de l'autre.

Le tissu cellulaire circonvoisin participe donc à la phlegmasie glanduleuse; il se tuméfie, s'infiltre, s'indure et s'œdématie; la région cervicale se gonfle au delà de l'adénite, devient rouge, chaude, tendue, phlegmoneuse en un mot, et se complique souvent, en effet, d'un phlegmon tantôt circonscrit, tantôt diffus. Il advient alors que la ganglionite est pour ainsi dire masquée par l'inflammation du tissu cellulaire, quoiqu'une pression légère dénote la présence des glandes enflammées.

Il arrive ensuite que sur un point de la tumeur ou à sa surface proéminente, la peau paraît plus foncée, s'amincit, se distend davantage; la fluctuation est sensible, palpable, et le pus tend à se faire jour au dehors, ou bien il se forme profondément, et, au lieu de fluctuation, un empâtement œdémateux se manifeste. L'abcès ganglionnaire n'est plus sous-cutané, il est sous-aponévrotique.

Ces signes ont, comme on le voit, la plus grande analogie avec ceux du phlegmon circonscrit, jusqu'au moment où la suppuration s'établit, lorsque la terminaison n'a pas lieu d'une manière plus favorable, c'est-à-dire par résolution.

Si l'abcès glanduleux est ouvert, il ne fournit pas à beaucoup près la quantité de pus d'un simple abcès phlegmoneux; le foyer reste béant, ou s'il se ferme, il tend à s'ouvrir sur d'autres points, et réagit comme au début, sur le tissu cellulaire ambiant.

Lorsqu'enfin l'écoulement purulent s'arrête, un suintement séreux le remplace souvent, les signes d'inflammation locale disparaissent, et si l'engorgement persiste, il passe à l'état chronique.

L'adénite cervicale, dans cette période, est caractérisée par son volume et son induration plus ou moins considérables. Elle forme une tumeur saillante sous les téguments, tantôt mobile, tantôt adhérente, ferme, résistante au toucher, mais peu

sensible ou peu douloureuse et indolente, lorsque l'engorgement est déjà ancien. Elle se montre aussi sur plusieurs points à la fois.

Il peut se faire que la suppuration persiste indéfiniment à la période de chronicité, et qu'elle soit constituée par un pus séreux assez peu abondant en général, mais dont la sécrétion continue présente l'aspect du pus tuberculeux.

Si cet écoulement s'arrête, la détersion du foyer s'effectue lentement, difficilement. Des bourgeons de cicatrice semblent néanmoins se développer au fond de l'ulcère glanduleux, mais ils sont flasques, quoique saignants parfois au moindre contact; les bords de l'ulcération sont amincis, violacés, découpés, décollés, comme les ulcères scrofuleux primitifs, et la cicatrisation, lorsqu'elle a lieu, semble près de se détruire.

Il ne faut pas croire que la forme chronique succède inévitablement à la forme aiguë; elle peut être le début pour ainsi dire de la maladie. L'engorgement semble se développer alors d'une manière latente presque insensible, et appréciable seulement par la gêne des mouvements du cou, ou bien par la tuméfaction multiple des ganglions circonvoisins. En effet, tantôt isolément engorgés, tantôt agglomérés en masse et semblant composer un chapelet, les ganglions apparaissent sous la forme de bosselures; ou bien la tumeur adénoïde, ramollie, donne au toucher une fausse fluctuation indiquant la présence d'une matière gélatiniforme ou autre. Mais elle peut être pourvue, dans ces conditions-là, d'un kyste plus ou moins épais, résistant, qui concentre le mal en un foyer restreint et empêche l'envahissement des tissus ambiants, ainsi que les effets d'une réaction générale.

La tumeur enfin devient de plus en plus volumineuse, résistante par son induration, adhérente par sa base, mobile ou non, plus ou moins circonscrite, sans changement de couleur à la peau, inégale, bosselée à sa surface; elle a dès lors de la ten-

dance à dégénérer : on l'a vue s'étendre par exemple de l'angle parotidien et de l'apophyse mastoïde sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, jusqu'au-dessous du larynx.

Si l'adénopathie cervicale est de nature tuberculeuse, elle se manifeste encore dans la période d'induration sous l'aspect d'une tumeur ferme, indolente, mobile, arrondie ou bosselée, selon qu'elle est constituée par un ganglion isolé ou par quelques ganglions réunis. Des douleurs surviennent dans la période de ramollissement, la tumeur est moins dure; elle devient au contraire molle et fluctuante; la peau d'abord intacte, s'irrite et s'enflamme, s'amincit, s'ulcère enfin et laisse échapper le pus tuberculeux par une ou plusieurs ouvertures qui se transforment en fistules, ou bien se cicatrisent pour favoriser d'autres ulcérations de même nature.

Dans la ganglionite aiguë, les symptômes réactionnels ne sont pas constants, ils sont quelquefois nuls ou assez faibles; dans d'autres circonstances, ils deviennent assez intenses : de la céphalalgie, du malaise, des frissons, de la fièvre, de l'insomnie, et quelques troubles fonctionnels sont à peu près les seuls phénomènes qui se déclarent.

Autant les symptômes généraux sont prédominants dans l'adénite scrofuleuse, autant ils sont faibles ou nuls dans l'adénite simple à l'état chronique.

Cependant ils peuvent se développer secondairement même chez les militaires, lorsque les causes de la maladie n'ont pas été exclusivement locales, mais se rattachent à des conditions débilitantes. Ces cas sont rares. Les malades se présentent alors à l'observation dans un état progressif de faiblesse qui les conduit insensiblement jusqu'à l'émaciation. La diathèse lymphatique semble en même temps prédominer, et la constitution scrofuleuse, primitivement étrangère aux sujets, les envahit peu à peu et se prononce de plus en plus.

Complications.

Les complications de l'adénopathie cervicale se rattachent soit aux causes, soit aux effets de la maladie locale; et il devient inutile de les rappeler.

On a rencontré des cas rares d'adénite idiopathique intéressant à la fois les ganglions du cou, ceux de l'aisselle, des aines et d'autres régions encore, sans causes générales ou locales appréciables, sans symptômes d'aucune autre affection et suivies de mort. Morgagni en cite une observation (1); M. Poliaghi (de Milan), a vu un cas analogue (2), et l'on pourrait en trouver d'autres exemples.

L'adénite que l'on pourrait appeler primitive, parvenue à divers degrés, est quelquefois compliquée d'adénites consécutives ou secondaires. Il semble alors que l'engorgement des ganglions primitivement malades réagisse, soit par continuité, soit par sympathie lymphatique, pour déterminer le même état pathologique dans les ganglions circonvoisins. L'observation attentive des faits m'a démontré qu'il en est ainsi assez souvent, à savoir que des glandes multiples ont été précédées d'une glande isolément enflammée au début. Les malades eux-mêmes rendent compte alors de la succession des engorgements, et désignent les glandes qui se sont gonflées de proche en proche, soit dans une seule période de temps, soit à des intervalles plus ou moins éloignés.

Notons ensuite la fréquence des érysipèles et des phlegmons autour des engorgements, lorsqu'ils sont eux-mêmes compliqués d'abcès, d'ulcérations et de fistules.

La compression exercée sur les organes limitrophes par le

(1) *De sedibus et causis morborum*, 29e lettre.
(2) *Gazette médicale*, 1840.

développement, l'induration ou la dégénérescence d'une tumeur adénoïde, peut donner lieu à la déviation du cou (torticolis), à la gêne de la respiration, de la circulation, de la déglutition, de la mastication même, par la difficulté d'abaisser la mâchoire; en un mot, à des accidents graves de congestion veineuse, de suffocation, d'asphyxie, etc.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'adénite cervicale est ordinairement facile, surtout à l'état aigu; et plus encore dans les cas où elle est symptomatique d'une affection locale, telle qu'une irritation à la face, à la bouche, etc.

Si elle est due à des causes extérieures, et si elle revêt la forme phlegmoneuse, elle est encore aisément appréciable chez les hommes de constitution saine et jusque-là bien portants.

Elle diffère d'ailleurs du phlegmon essentiel, en ce que la phlegmasie de la glande précède l'inflammation du tissu cellulaire.

Si l'affection revêt dès le début la forme chronique, elle sera bénigne, lorsqu'il n'y aura pas de signes généraux de scrofules, ni dans le passé du malade, ni dans son état présent, et si l'adénite est bien circonscrite, bien localisée; c'est ce que nous constatons chez les militaires.

La constitution des sujets et la connaissance des antécédents de la maladie suffisent d'habitude pour éviter toute méprise.

Les difficultés du diagnostic dépendent des complications et des degrés d'altération des ganglions tuméfiés. La profondeur même à laquelle ils sont situés, l'existence d'un kyste et l'épaisseur des tissus environnants ajoutent à ces difficultés. Quant à l'ancienneté de la tumeur, elle n'a qu'une valeur secondaire pour la signification des caractères de l'adénopathie.

Si le plus communément l'adénite cervicale est facile à dia-

gnostiquer, elle offre dans ses formes des nuances assez peu distinctes sur place. Ainsi l'adénite chronique simple, l'adénite tuberculeuse et l'adénite encéphaloïde, ne sont point sûrement reconnaissables à des signes locaux. L'observation suivie des signes généraux et diathétiques, secondée par l'exploration attentive des organes essentiels, par l'auscultation, la percussion, etc., conduisent à une appréciation plus exacte.

L'adénite symptomatique d'une affection chronique des bronches, le premier et le plus commun de tous les symptômes des scrofules, selon Hufeland, ou l'adénite tuberculeuse diffère notoirement de celle qui est due à une irritation locale de quelque organe voisin de l'engorgement.

Il m'a semblé que les douleurs sourdes, dans l'adénite cervicale chronique, indiquaient une disposition au ramollissement, et les douleurs lancinantes une tendance à la dégénération squirrheuse; mais je n'émets cette opinion qu'avec réserve. La consistance pâteuse, même partielle, annonce un degré de ramollissement plutôt que d'induration.

La mobilité, d'après la remarque de M. Bégin, est en général une mesure assez exacte de l'état de crudité ou de fonte tuberculeuse des ganglionites.

Il faut, du reste, de toute nécessité, admettre des différences réelles dans l'essentialité des engorgements cervicaux; différences fondées sur l'existence ou sur la non-existence de scrofules. Ainsi, rappelons que Lalouette distingue les scrofules malignes des scrofules bénignes, eu égard aux engorgements cervicaux, et que Lepelletier signale la séparation à faire entre ceux qui sont dus aux scrofules et ceux qui sont produits localement par la dentition, les croûtes laiteuses, etc. Cette distinction acquiert, en thérapeutique, une importance extrême, comme il est facile de le pressentir; mais on n'en tient peut-être pas assez compte, faute d'une exploration d'ailleurs facile

à faire. Dans la région sous-maxillaire, par exemple, il est aisé d'apprécier l'adénite en explorant avec le doigt la base de la cavité buccale.

La ganglionite de la région antérieure et latérale du cou pourrait être confondue à une période avancée avec le développement des lobes de la glande thyroïde; mais outre les antécédents, l'examen attentif du siége et des rapports de la tumeur ne permettrait guère une erreur de diagnostic.

Le soulèvement de la tumeur par les battements de l'artère carotide peut en imposer pour la pénétration de ce vaisseau à travers la masse morbide, et, quoique cette circonstance fâcheuse se soit offerte dans des cas rares, on s'en assurerait en exerçant sur la tumeur, soit une traction directe, soit une pression latérale propres à la dégager de son contact avec l'artère. La même exploration, pour le dire en passant, me semble utile à appliquer au diagnostic de diverses autres tumeurs en rapport avec des artères.

M. Vidal (de Cassis) a rappelé, pour les tumeurs du cou en général, une ingénieuse donnée de diagnostic (1), qui me semble applicable aux tumeurs adénoïdes en particulier. « Les tumeurs, dit-il, qui naissent dans la profondeur de la région gênent la déglutition et la respiration dans les commencements; et il arrive un moment où, plus développées, elles gênent moins ou ne gênent plus ces fonctions. Les tumeurs superficielles font le contraire : elles gênent ces fonctions dans leurs dernières périodes, quand elles sont très développées. »

Quant aux diverses tumeurs du cou susceptibles d'être confondues, dans certaines conditions au moins, avec les engorgements lymphatiques, il nous suffira de les indiquer.

Le furoncle et l'anthrax ont des caractères trop tranchés

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire.*

pour qu'un examen attentif n'en précise pas la nature; la pustule maligne en diffère, à plus forte raison, par sa spécificité.

Le phlegmon, et surtout le phlegmon large du cou, par l'étendue même qu'il occupe, par ses signes d'inflammation franche unis à ceux de l'érysipèle, diffère essentiellement de l'adénite.

Les abcès, et notamment les abcès froids enkystés, ont quelques caractères analogues à ceux de l'adénite suppurée.

Les lipomes, les athéromes et les stéatomes, se développent assez rarement au cou, si ce n'est à la région postérieure, où au contraire les ganglionites ne se rencontrent presque jamais, et d'ailleurs les caractères de ces deux espèces de tumeurs sont très distincts.

Les kystes proprement dits, et spécialement le kyste séreux, que l'on a désigné sous le nom d'hydrocèle du cou, et le kyste développé au-devant du cartilage thyroïde, que j'appellerais volontiers *hygroma thyroïdien*, sont des tumeurs différentes aussi dans leur nature, mais très analogues à la forme enkystée de l'adénite.

Une tumeur fibreuse, enfin, pourrait passer pour une adénite chronique, malgré les données du diagnostic le plus habile, d'autant que l'adénite elle-même peut affecter, comme nous le verrons, la transformation fibreuse. Les conséquences seraient alors les mêmes.

Marche, développement et durée.

L'adénite cervicale débute chez les soldats, tantôt promptement, après une faction ou une garde de nuit par un temps humide, tantôt avec lenteur, après deux ou trois ans de service, ou d'une façon insidieuse, sous une forme presque latente.

Elle offre dans certains cas les deux périodes de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique. C'est plus sou-

vent sous cette seconde forme qu'elle se présente d'emblée, après l'action lente, progressive, des causes qui y ont donné lieu; et lors même que l'inflammation aiguë s'est dissipée, elle laisse après elle des noyaux d'induration.

Ce n'est pas d'une manière toujours uniforme que s'opère le développement de l'adénite cervicale; on pourrait le distinguer d'après trois modes.

Premier mode. Des ganglions multiples, mais petits, mobiles, incolores, indurés, grossissent graduellement; ils sont isolés d'abord les uns des autres, plus rapprochés ensuite, accolés entre eux ou agglomérés en masse, puis adhérents à la peau; celle-ci, à une époque plus avancée, s'enflamme, s'amincit, s'élève et livre passage à du pus; de petits abcès multiples se sont formés dans les glandules, et ils finissent par communiquer ensemble, en constituant un seul foyer purulent par la fonte du tissu cellulaire interglanduleux; des trajets fistuleux s'établissent en différents sens, et, selon ce mode assez fréquent, la maladie offre la plus grande analogie locale avec l'adénite scrofuleuse.

Deuxième mode. Un ou plusieurs ganglions s'enflamment, et l'inflammation, suivant une marche aiguë semblable à celle du phlegmon, parvient rapidement à la suppuration. Des abcès glanduleux se forment, s'ouvrent, et si la détersion n'a pas lieu, des indurations surviennent, et encore des abcès successifs qui suppurent, soit avec interruption, soit d'une manière continue.

Troisième mode. Ce n'est pas dans les ganglions que se déclare et siége primitivement la phlegmasie; c'est dans le tissu cellulaire circonvoisin; le phlegmon du cou devient alors le point de départ et la cause de l'adénite. La suppuration partielle du foyer de l'inflammation y laisse une base indurée autour de laquelle se groupent les tumeurs ganglionnaires.

Tant qu'elle est dure, la tumeur est plus susceptible de déplacement par l'intermédiaire de lames celluleuses qui l'enveloppent ; c'est le contraire à l'état de ramollissement, qui favorise la phlogose et les adhérences du tissu cellulaire.

Cette tumeur suit tantôt une marche rapide, tantôt une marche lente dans son évolution, et est susceptible ainsi d'acquérir un volume très considérable.

La ganglionite peut durer seulement un ou plusieurs jours, lorsqu'elle est symptomatique de maladies locales. A l'état d'induration, simple ou aiguë, elle ne se prolonge guère au delà de dix à quinze jours; elle peut persister au contraire pendant des semaines, pendant des mois, pendant des années mêmes, dans les conditions de la chronicité stationnaire, c'est-à-dire à l'état d'induration complète, surtout dans l'adénite idiopathique, et quelquefois, mais plus rarement, avec cette suppuration séreuse que nous avons décrite, mais qui ne se prolonge jamais aussi longtemps chez les militaires exempts de scrofules.

Règle générale : plus les causes de l'adénite agissent avec intensité, plus celle-ci a de tendance à s'épuiser vite, si je puis m'exprimer ainsi, soit par suppuration, soit par ramollissement et par désorganisation ; plus, au contraire, les causes restent latentes, obscures, plus l'engorgement glanduleux semble fixe, stationnaire, inerte en un mot.

Terminaisons.

Abandonnée à elle-même, l'adénopathie cervicale peut disparaître spontanément, ou sous l'influence d'un traitement rationnel ; mais la guérison même définitive, n'empêche pas l'engorgement de se reproduire par des causes nouvelles.

La disparition prompte, spontanée, véritable délitescence, survient dans quelques occasions, lorsque, par exemple, l'adénite a été l'effet du froid direct, chez un homme d'ailleurs fort et robuste.

La métastase de certaines adénites parotidiennes sur les testicules survient dans des conditions spéciales que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, et qui constituent l'orchite métastatique des oreillons.

Que l'adénopathie cervicale passe à l'état chronique pour devenir stationnaire, ce mode de terminaison fait cesser peu à peu les phénomènes persistants de l'inflammation, et amène une résolution insensible, mais incomplète, en produisant une induration à des degrés variables, avec ou sans augmentation de volume.

L'engorgement semble, chez quelques sujets, se concentrer tout entier, mais lentement, dans le tissu glanduleux, qui peut conserver cet état longtemps après la cessation de la cause qui y a donné lieu.

Envisagée selon les conditions qui la représentent à notre examen, comme une maladie locale, l'adénite a de la tendance à subir diverses phases ou transformations, comme toute inflammation, si elle ne reste point stationnaire.

La résolution de l'adénite aiguë est assez fréquente; elle survient d'autant plus facilement, que l'affection première s'est modifiée en bien ou s'est guérie, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un érysipèle ou d'une lésion externe. La résolution est d'autant plus franche, que le gonflement se trouve plus circonscrit au tissu glanduleux, sans avoir envahi le tissu cellulaire. La résolution peut s'effectuer également dans l'adénite chronique, surtout chez les jeunes sujets; et même dans l'adénopathie scrofuleuse ou tuberculeuse. Tantôt, en effet, la subinflammation ancienne persiste avec les caractères de l'induration simple, tantôt le ramollissement s'empare de la tumeur et en favorise la résolution comme dans les adénites symptomatiques d'affections locales; ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, la suppuration se déclare et subit différentes phases,

particulièrement dans l'adénite idiopathique. La plus simple et la plus favorable est la formation et la détersion d'un abcès suivi de cicatrisation des parois du foyer. C'est ce qui arrive dans la ganglionite franchement inflammatoire, due à des causes locales. Trop souvent l'ulcération s'empare de la tumeur comme dans les adénites scrofuleuses et une fistule difficile à guérir s'établit. Mais l'ulcération est beaucoup plus rare dans les cas de tumeurs volumineuses.

Je ne sache pas que l'adénopathie cervicale se soit jamais terminée par gangrène, si ce n'est par une gangrène partielle des téguments.

Chez bon nombre de malades, l'induration devient de plus en plus prononcée et acquiert la consistance du tissu fibro-cartilagineux. Cet état est ordinairement réfractaire à la résolution, lors même qu'une diminution marquée dans le volume de l'adénite semble annoncer une guérison prochaine; mais c'est une forme qui ne tarde pas à être suivie d'engorgements nouveaux plus considérables. Quelquefois, après l'ouverture de la ganglionite suppurée, des végétations se développent dans le foyer de la glande, chez quelques sujets lymphatiques, et se présentent sous la forme de champignons sanieux, rougeâtres et saignants au contact.

Souvent aussi la tuberculisation est la conséquence ultime des divers degrés de l'induration, et, en se joignant à la dégénérescence, elle constitue une tumeur dont la nature complexe est seulement reconnaissable à ses caractères anatomiques.

C'est alors que l'adénite engendre de nouveaux corps glanduleux qui, à leur tour, par une longue persistance, et par un affaiblissement graduel des forces du malade, impriment à son organisation les caractères, jusque-là cachés ou méconnus, d'un état strumeux que je serais porté à désigner sous le nom de scrofules secondaires.

Une fois parvenue à la chronicité, la ganglionite cervicale, avons-nous dit, a de la tendance à s'altérer profondément. Cette époque varie de quelques mois à plusieurs années.

L'induration, simple d'abord, devient tantôt fibreuse, ou fibroplastique, tantôt squirrheuse, et elle acquiert, dans ce dernier cas encore, la funeste propriété de se ramollir et de passer à l'état de dégénération cérébriforme.

Warren, dans ses *Observations chirurgicales sur les tumeurs*, admet que les ganglions lymphatiques, à part les tumeurs scrofuleuses auxquelles ils donnent lieu, peuvent dégénérer en tumeurs squirrheuses et fongoïdes, susceptibles elles-mêmes de présenter des subdivisions.

A l'état squirrheux, l'adénite acquiert surtout un volume et une dureté considérables. A l'état cancéreux proprement dit, la dégénérescence revêt la forme encéphaloïde, dont elle subit les phases, si l'art n'intervient à propos. Mais cette terminaison est assez rare. « Lorsque la dégénérescence cancéreuse s'empare de ces tumeurs, l'ulcération intérieure marche avec rapidité, attaque les organes essentiels de la gorge; l'individu succombe plus ou moins promptement. » (D. Larrey.)

Cette dégénérescence semble envahir plus spécialement le ganglion sous-maxillaire, lorsque surtout l'adénite a été symptomatique d'une affection cancéreuse des lèvres, de la langue, et elle prend alors la forme squirrheuse. C'est encore par la compression mécanique qu'elle détermine, que la tumeur entraîne de funestes résultats.

En effet, la mort peut survenir par la compression exercée sur les vaisseaux jugulaires, sur les voies aériennes, sur les nerfs, sur l'œsophage; de là des accidents d'apoplexie cérébrale et d'apoplexie pulmonaire, de paralysie et d'asphyxie.

Dans les cas d'apoplexie par compression des veines, le sang, intercepté dans son cours, reflue vers le cerveau, vers le cœur,

et distend, ramollit ou désorganise leur tissu, ou bien, favorisant la rupture des parois vasculaires, produit des épanchements mortels.

Qu'il me soit permis de citer, à cet égard, les résultats de l'observation de mon père : « Nous avons, dit-il, déjà vu périr successivement trois sujets atteints de la même maladie, dont l'accroissement avait été si rapide, que les chirurgiens consultés n'osèrent tenter aucune opération, et restèrent simples spectateurs des angoisses et des effets de la strangulation qui terminèrent bientôt les jours de ces trois infortunés. »

Anatomie pathologique.

Les caractères anatomiques de l'adénopathie se présentent sous les formes les plus variables, depuis la simple inflammation sans altération de texture, jusqu'à la dégénérescence la plus avancée, offrant tantôt, par l'induration, une texture fibreuse, fibroplastique, lardacée, squirrheuse et même calcaire ; tantôt, par le ramollissement, une substance séro-purulente, graisseuse, gélatiniforme ou colloïde, mélanique, caséeuse, pultacée, tuberculeuse ou encéphaloïde.

Remarquons, en passant, que Sœmmerring a cru trouver des différences anatomiques entre les engorgements scrofuleux et les engorgements mécaniques des ganglions cervicaux ; à savoir que dans ces derniers seulement, les vaisseaux lymphatiques seraient perméables aux injections.

Souvent adhérentes entre elles, les glandes contractent rarement des adhérences intimes avec les divers organes de la région cervicale auxquels elle s'unit par l'intermédiaire seul du tissu cellulaire.

L'adénite cervicale chronique est assez fréquemment enkystée, comme une loupe. Chopart et Desault en avaient fait la remarque, et nous avons été à même de nous en convaincre. Ce

kyste, formé par la tunique celluleuse du ganglion, tend à s'épaissir, à s'hypertrophier de plus en plus, et à devenir très consistant. Il semble d'autant plus développé, que l'affection est plus ancienne; il est tantôt séreux et parsemé de vaisseaux, tantôt fibreux, ou cellulo-fibreux, et revêt rarement d'autres caractères.

Lorsque les ganglions ne sont encore qu'indurés, ils offrent dans leur texture beaucoup d'analogie avec les granulations grises, considérées par Laënnec comme des tubercules miliaires crus.

Ils sont le plus souvent ramollis, abcédés, ulcérés; d'autres fois le tissu glanduleux a subi des transformations graisseuses dont les caractères se rapprochent de l'athérome et du stéatome; ou bien c'est une matière semi-liquide mélicérique, gélatiniforme ou colloïde, contenue dans le kyste.

La transformation, ou plutôt l'induration fibreuse, s'y rencontre également, comme nous l'avons dit.

Des incrustations calcaires, disposées en coque et coïncidant avec l'altération tuberculeuse, la dégénération, rare d'ailleurs, telle que la dégénération squirrheuse ou encéphaloïde, ont été signalées aussi.

Mon père, si je puis le rappeler, a indiqué la dégénérescence cérébriforme, jaunâtre, des ganglions lymphatiques, et la sécrétion d'un liquide ichoreux de la même couleur, accumulée promptement et tendant à former des kystes plus ou moins nombreux, qu'on a pris mal à propos pour des kystes séreux isolés, tandis qu'ils ne sont que le résultat de la transformation cancéreuse.

En faisant l'autopsie des militaires morts de diverses affections, il n'est pas rare de trouver les ganglions du cou, tuméfiés, indurés, ramollis, altérés enfin dans leur texture, sans que pendant la vie il y ait eu nécessairement des signes en rapport

avec ces altérations. Ainsi la transformation tuberculeuse peut s'offrir, dans l'adénopathie cervicale, sous deux états, comme dans les autres organes, soit à l'état concret ou enkysté, soit à l'état diffluent ou infiltré ; et en passant par des périodes successives de crudité ou de ramollissement, assimilable tantôt à une matière caséeuse, tantôt à un liquide puriforme, sans que l'affection tuberculeuse en elle-même se soit révélée par aucun symptôme.

Il ne sera pas sans intérêt, pour compléter ces considérations, d'appliquer à l'adénite cervicale les caractères anatomiques de l'adénite en général, tels qu'ils ont été bien exposés par M. Nélaton (1). « Les altérations offertes par les ganglions lymphatiques enflammés sont distinctes et se rattachent à trois états successifs : l'induration, le ramollissement et la suppuration.

» A l'état d'induration, le ganglion est plus ou moins développé, ferme, dur, roulant sous le doigt ; d'une coloration brune à l'intérieur, mêlée de stries rougeâtres, imperméables aux injections par afflux du sang et de la lymphe, stase de ces liquides, arrêt de mouvement circulatoire.

» C'est là ce qui caractérise anatomiquement la première période. Si la résolution ne se fait point, la seconde période apparaît, et le tissu glanduleux présente à son intérieur une sorte de piqueté gris, jaune, blanchâtre, parsemé de foyers purulents encore à peine circonscrits. La consistance du ganglion est alors analogue à celle de la rate, aussi molle, aussi friable.

» Dans la troisième période, enfin, les foyers purulents se prononcent davantage, s'étendent, s'agrandissent et forment des abcès manifestes.

» Si l'inflammation aiguë persiste, le ramollissement et la sup-

(1) *Eléments de pathologie chirurgicale.*

puration, après s'être emparés du centre de la tumeur, en envahissent la circonférence, transforment l'adénite en une coque qui se perfore en plusieurs points ; et le pus finit par se faire jour à la surface pour s'infiltrer dans le tissu cellulaire voisin, ou s'y amasser en foyer circonscrit.

» Si au contraire l'inflammation est chronique, le pus sécrété, accumulé plus lentement, désorganise et détruit le tissu glanduleux en grande partie ou en totalité, sans s'épancher dans le tissu cellulaire ; la tunique celluleuse du ganglion, en s'hypertrophiant, lui forme un véritable kyste, comme nous l'avons constaté. »

Ajoutons que les cicatrices succédant à la suppuration et à l'ulcération des adénites sont des cicatrices ordinairement adhérentes ou indélébiles.

Pronostic.

Envisagée au point de vue du pronostic et de ses variétés nombreuses, l'adénite cervicale constitue donc une maladie fâcheuse par sa fréquence, par son siége, par ses causes et ses symptômes variés ; elle est grave par ses complications ; elle est insidieuse dans son développement, dans sa marche, dans sa durée ; elle est inquiétante par l'incertitude de ses terminaisons, et par la chance de ses récidives ; elle est suspecte de scrofules, jusque dans ses cicatrices ; elle est enfin, par sa tendance à l'incurabilité, souvent réfractaire à une guérison radicale, et semble défier alors toutes les ressources de la thérapeutique.

Cette maladie, selon son siége, peut modifier beaucoup la gravité du pronostic. C'est ainsi que les tumeurs glanduleuses situées dans la région sus-claviculaire, en apparence superficielles et isolées, se lient quelquefois à des tumeurs profondes engagées jusque dans la cavité du médiastin, et en rapport avec la tuberculisation pulmonaire.

Selon ses symptômes et ses périodes, l'adénite cervicale à l'état aigu complique les lésions dont elle dépend, multiplie ainsi les points malades de la région, et offre plus ou moins de gravité, selon qu'elle se termine par résolution ou par suppuration.

A l'état chronique et sous la forme d'induration, l'adénite est susceptible d'acquérir un développement considérable; et dans ces conditions-là, n'ayant plus aucune tendance à diminuer, s'accroissant au contraire par l'adjonction de nouvelles tumeurs, elle s'aggrave par une persistance indéfinie ou par des effets de compression nuisible aux mouvements du cou et aux actes de la circulation, de la respiration, de la parole, de la mastication et de la déglutition.

Elle n'est pas moins inquiétante à d'autres égards, sous la forme de ramollissement, de suppuration intarissable ou de dégénérescences diverses.

Inutile d'ajouter que l'adénopathie scrofuleuse bien caractérisée complique d'autant le pronostic par l'imminence et le développement de la phthisie, ou tout au moins par l'extension et la prédominance de l'état lymphatique dans toute l'économie.

La récidive enfin des engorgements glanduleux n'est que trop fréquente, et doit rendre le pronostic très réservé, lors même que la guérison semble accomplie. Des noyaux indolents, des nodosités insensibles paraissent seulement subsister, et inspirent au médecin la confiance d'une terminaison définitive; mais vain espoir pour lui et pour le malade, qui, quelques semaines, quelques mois plus tard, réclame de nouveaux soins pour de nouveaux engorgements. La pratique militaire nous a depuis longtemps démontré la triste réalité de ces récidives.

Si fréquente et si fâcheuse dans l'armée, où elle devient un obstacle au service, l'adénite cervicale, par la nécessité d'un séjour prolongé des malades dans nos hôpitaux, entraîne des charges

fort onéreuses pour l'État. Il serait possible, en compulsant les matériaux des archives de la médecine militaire, d'établir un relevé statistique très étendu des cas d'adénite cervicale qui ont nécessité des congés de convalescence et des congés de réforme. Une simple indication des faits observés en 1846 et 1847 au Val-de-Grâce en donnera l'idée. Ainsi, dans le cours de ces deux années, 57 congés de convalescence ont été donnés, dont 47 pour adénites simples, 8 pour adénites compliquées de scrofules avec adénites axillaires, 2 de syphilis, et 15 congés de réforme, dont 6 pour adénites simples, et 9 pour adénites compliquées de scrofules et d'adénites axillaires.

D'après ce faible chiffre seulement, il est permis de présumer le nombre considérable des soldats qui chaque année, en France, se trouvent empêchés du service par cette déplorable affection. Quels regrets alors sont réservés aux parents qui ont donné à l'État des jeunes gens pleins de force et de santé pour la plupart, et auxquels l'État rend des hommes malades, affaiblis, débilités par la prolongation de leur séjour dans les hôpitaux! Cette réflexion si triste me semble utile à faire, pour appeler toute l'attention, toute la sollicitude de l'autorité supérieure sur une telle situation et sur les moyens d'y remédier.

Cependant ne désespérons point des ressources de l'art dirigées par une intelligente appréciation de la nature et des formes de la maladie.

Thérapeutique.

Si la question de l'étiologie nous a occupé longtemps, la question de la thérapeutique mérite un examen non moins sérieux et détaillé, sous le triple rapport du traitement général et hygiénique, du traitement local simple, et du traitement chirurgical proprement dit.

Tout en reconnaissant qu'un grand nombre d'engorgements

cervicaux, chez les militaires, sont dus uniquement à des causes locales, et doivent être traités, en conséquence, par des moyens locaux, on doit néanmoins agir, dans bien des cas, d'après les inductions rationnelles qui peuvent faire supposer l'existence d'un principe morbide ou d'un état diathésique général, tel que les scrofules.

C'est pourquoi il sera nécessaire avant tout, de placer les hommes dans des salles bien aérées, exposées au soleil et situées à des étages élevés; de les coucher dans des lits espacés les uns des autres; de leur faire prendre des bains, de leur prescrire des frictions et tous les soins nécessaires de propreté; de les soumettre enfin à un régime alimentaire substantiel et fortifiant.

Il conviendra également d'administrer à quelques malades le quinquina, le mercure, l'iode, le fer, la baryte, selon les indications relatives d'un traitement spécial dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Traitement hygiénique.

S'il était démontré, d'après l'analyse raisonnée des causes de l'adénite cervicale chez les militaires, que l'on peut, par des moyens convenables et les ressources de l'hygiène, prévenir en partie le développement et la fréquence d'une affection aussi répandue, ne rendrait-on pas un grand service à l'armée? C'est ce qu'il nous semble permis d'espérer, en modifiant d'une manière favorable quelques unes des conditions que nous avons exposées au sujet de l'étiologie, comme nous en avons apprécié les effets, en traçant la symptomatologie de cette maladie.

Oui, l'hygiène du soldat réclame, sous ce rapport, des améliorations qu'il serait peut-être difficile d'obtenir sans la surveillance éclairée, incessante du gouvernement. Ainsi, en rattachant la fréquence de la maladie à des causes générales et locales, nous pourrions soumettre à l'examen de l'autorité mili-

taire différents points qui ressortent du traitement préventif et se lient à notre question.

Je me permettrai d'énoncer quelques propositions à cet égard. Ne pourrait-on d'abord dispenser les jeunes soldats des fatigues les plus pénibles du service, en les y accoutumant peu à peu, car même à vingt ans la constitution de certains sujets n'est pas toujours assez robuste pour résister sans peine aux premières épreuves du métier des armes?

La salubrité des casernes et des campements présente-t-elle, partout et en toute saison, les conditions requises de l'hygiène? et la fréquence des changements de garnison, la distance et la multiplicité des étapes à parcourir, la transition brusque d'un pays chaud à un climat humide, ne sont-elles pas préjudiciables à la santé des troupes?

Le service des factions ne serait-il pas adouci, en diminuant leur durée en hiver, en abritant mieux les guérites contre l'action de l'air qui passe à travers les lucarnes et détermine des ophthalmies, des otites et des adénites, comme nous en avons fait l'observation?

Ne conviendrait-il pas de supprimer dans tous les corps l'usage de la gamelle et du bidon en commun, qui me paraît être aussi une cause fréquente de stomatite, et, partant, d'adénite consécutive?

Ne serait-il pas utile enfin de restreindre l'abusive coutume du tabac, qui, je le répète, semble favoriser le développement de la même affection, par l'excitation des glandes salivaires et par diverses altérations des dents, des gencives et des lèvres?

Ces simples propositions serviraient à formuler un ensemble de prescriptions hygiéniques, au point de vue qui nous intéresse, si d'autres questions de l'hygiène militaire ne s'y rattachaient et n'appartenaient au jugement du conseil de santé des armées.

Quoi qu'il en soit, et quoi qu'il advienne, ces diverses influences me paraissent si sensibles, si notables, qu'elles agissent simultanément et de la manière la plus favorable, lorsque, par exemple, les soldats atteints de ganglionite cervicale sont sortis des hôpitaux et ont séjourné pendant quelque temps en convalescence dans un pays sain, à la campagne, au milieu de leurs familles, et dans des conditions meilleures de repos, d'habitudes et de régime.

Traitement médical.

Autant il est rationnel de soumettre à un traitement général les sujets scrofuleux atteints d'adénopathie cervicale, autant il devient inutile d'agir ainsi lorsque l'affection ne reconnaît évidemment que des causes locales. Mais les préventions et la coutume, pour ne pas dire la routine, ont prévalu presque toujours, de telle sorte que des hommes offrant les meilleures garanties de santé, mais atteints d'adénites simples, ont été assujettis à des médications dont ils n'avaient aucun besoin et dont ils ont quelquefois souffert. N'est-il pas aisé de comprendre qu'un régime tonique et l'emploi des amers, des ferrugineux, des iodures, de l'huile de foie de morue, etc., en excitant les organes et les fonctions, en fortifiant la vigueur naturelle des sujets, doivent surexciter aussi le foyer de l'engorgement ou rester sur lui sans action; tandis qu'il en serait autrement, si l'affection locale se trouvait sous l'influence d'une diathèse générale? De même qu'un traitement local dirigé exclusivement contre ce symptôme seul d'une affection générale sera d'abord insuffisant, et permettra ensuite au principe morbide de s'étendre, de se généraliser en entraînant après lui toutes les chances de l'incurabilité.

D'après ces remarques préliminaires, et à part les indications générales appropriées aux influences ou aux complications dia-

thésiques, il est peu de moyens à indiquer en dehors des moyens locaux. Ainsi, la médication antiphlogistique générale, c'est-à-dire l'emploi des saignées, est principalement réservée aux cas d'adénite très aiguë ou phlegmoneuse, offrant des symptômes réactionnels assez marqués; d'autant que chez bon nombre de soldats atteints de l'affection cervicale, les conditions pléthoriques du tempérament réclament la déplétion sanguine.

La saignée de la veine jugulaire, conseillée par mon père, lui semblait utile dans les cas de compression des vaisseaux par le développement de la tumeur et à cause de la stase du sang dans les artères du cerveau et dans les sinus de la dure-mère. Un léger vomitif après cette saignée, et les dépuratifs si usités par les praticiens d'autrefois, sont des moyens bons à employer.

Les dérivatifs sur le canal intestinal, quelques purgatifs salins et les révulsifs sur les extrémités, peuvent enfin seconder l'effet des saignées générales, mais encore une fois dans des conditions réservées.

Traitement local.

Il ne suffit pas de reconnaître que l'adénite cervicale, chez les militaires d'une bonne constitution, est une maladie souvent locale, nécessitant un traitement local, lorsque les moyens propres à la prévenir ont été négligés, il faut encore que ce traitement local soit approprié aux formes diverses de la maladie.

A l'état aigu, par exemple, ou phlegmoneux, l'adénite réclame l'emploi des saignées locales. J'ai vu autrefois, au Val-de-Grâce, Broussais père et M. Gama recourir aux applications de sangsues en petit nombre, mais fréquemment répétées, non seulement dans l'adénite aiguë, mais même dans l'adénite chronique. M. Janson, de Lyon, partisan de cette doctrine, applique les saignées locales au traitement des phlegmasies glandu-

leuses avec une confiance à peu près exclusive. Je n'ai pas été, je dois le dire, assez sûr de l'efficacité des sangsues dans le traitement de l'adénite cervicale chez les soldats, pour y recourir sans une extrême réserve. M. P. Guersant a fait la même observation chez les enfants; et cette circonspection me paraît devoir être observée, d'autant plus que les sujets lymphatiques sont davantage exposés à l'action débilitante des sangsues. Il faut donc compter assez peu sur leur efficacité.

Les mouchetures et les scarifications me semblent préférables, sinon dans tous les cas, du moins le plus ordinairement, comme saignée locale plus prompte, plus limitée, plus efficace, plus économique (avantage que le chirurgien militaire ne doit jamais perdre de vue, dans toute autre circonstance, comme dans celle-ci). Ce moyen me paraît d'autant plus utile aussi, qu'il s'associe très bien à d'autres, comme nous le rappellerons.

Les applications émollientes sous forme de cataplasmes, de fomentations, de fumigations, secondent l'effet des saignées locales dans l'adénite aiguë. Si elle est accompagnée de douleur vive, les cataplasmes de farine de lin ou de riz sont avantageux; mais il faut en borner l'emploi, qui, trop prolongé, a l'inconvénient de congestionner la tête et le cou, de provoquer l'érysipèle ou l'œdème local et l'engorgement chronique des ganglions. Les fomentations simples et les fumigations, trop négligées peut-être, conviennent mieux que les cataplasmes à l'état même aigu. Il en est ainsi des onctions d'axonge et des embrocations d'huile d'olive ou d'amandes douces, pour cette première période de l'affection adénoïde.

A une période déjà plus avancée, avec tendance à l'induration chronique, c'est aux résolutifs qu'il faut avoir d'abord recours. L'application du coton cardé ou de la flanelle et d'un morceau de taffetas ciré sur la tumeur en facilite la résolution par la chaleur qui s'y manifeste.

Les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse ou d'iodure de plomb, usitées dans nos hôpitaux militaires, conviennent lorsque l'adénopathie est déjà passée à l'état chronique sans hypertrophie. Dans le cas contraire, ce moyen ne saurait être prescrit, à l'exclusion de quelques autres, car, employé seul, il est plus insuffisant qu'on ne pense. Les frictions avec la teinture d'iode sont quelquefois plus efficaces, pourvu qu'elles soient faites avec assez de soin pour ne pas provoquer d'érythème ou d'érysipèle ; elles m'ont paru même plus nuisibles qu'utiles dans l'inflammation aiguë. La pommade émétisée de concombre avec addition d'iodure de potassium est encore un topique résolutif assez bon à essayer. Mais les applications locales de l'iode, sous quelque forme que ce soit, agissent avec d'autant plus de succès dans l'inflammation chronique, que les causes générales de la maladie semblent requérir en même temps l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Les frictions mercurielles, enfin, peuvent être d'une grande efficacité, comme moyen antiphlogistique et résolutif tout à la fois, à la suite des topiques émollients et des maturatifs, comme spécifique aussi lorsque l'adénite coïncide avec la syphilis. Leur usage préconisé dans ces conditions-là par Dupuytren, Larrey et d'autres, a été blâmé comme pouvant donner lieu à la salivation et entretenir le mal; mais faites avec mesure et à doses assez faibles, ces frictions, ou plutôt ces onctions, conservent leurs avantages sans offrir d'inconvénient. L'application de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* nous a souvent réussi dans l'adénite indurée. La pommade mercurielle associée à celle d'hydriodate de potasse à parties égales est encore très utile, ainsi que les frictions mercurielles camphrées, pour obtenir la résolution des engorgements un peu ramollis et indolents.

Dupuytren prescrivait, dans des cas analogues, une pommade qu'il formulait toujours de la manière suivante :

Onguent mercuriel. . . . . 94 parties.
Hydrochlorate d'ammoniaque. . . 6 —
Mêlez exactement.

L'action stimulante du sel ammoniac aidant beaucoup, suivant lui, l'action fondante de l'onguent mercuriel.

D'autres substances employées en frictions peuvent convenir aussi, de même que divers topiques d'un usage plus restreint.

Le charbon animal conseillé par M. Weize (de Leipzick), par M. Kuhn et d'autres médecins allemands, dans les engorgements glandulaires, particulièrement dans ceux de la glande mammaire, et administré à l'intérieur, n'a pas été, que je sache, appliqué à l'adénopathie cervicale. M. Kuhn lui attribue les mêmes effets qu'à ceux de l'iode et du mercure, comme propriétés fondantes, sans porter à l'économie une atteinte aussi profonde que ces deux médicaments.

L'alun de Rome a été vanté par un médecin de province, M. George (de Bousquenet), pour la guérison des goîtres et pour tous les engorgements des glandes, mais l'essai n'en a pas été fait non plus dans le traitement des adénites du cou. Même essai pourrait être fait de certains autres médicaments réputés spécifiques pour le goître, tels que la poudre de Sancy, la pulpe fraîche de raifort sauvage, indiquée par Hévin, etc.

Mais ces divers remèdes, lorsqu'ils ne favorisent pas la résolution des glandes tuméfiées, en provoquent quelquefois le ramollissement et la suppuration ; et à moins d'indications spéciales, c'est ce qu'il faut éviter, en ayant recours à d'autres médications.

Réfrigérants. — L'application du froid, dans le traitement local de quelques ganglionites, est l'un des agents assez efficaces dont nous ayons été témoins. Hévin recommande les dou-

ches et les lotions d'eau froide contre les engorgements squirrheux des glandes lymphatiques; il prétend que la tumeur se ramollit ainsi et suppure ensuite. Mais cette méthode nécessite quelques précautions, lorsqu'il s'agit de la glace. J'ai vu mon père, à l'hôpital du Gros-Caillou, en 1829, obtenir la résolution d'une adénite sous-maxillaire indurée par des frictions faites avec la pommade de Cirillo, et par l'emploi de la glace. C'est sous cette forme que les réfrigérants sont préconisés par M. Baudens, qui s'en sert d'une manière générale. En effet, l'application de la glace faite au début de l'adénite peut en prévenir le développement et favoriser sa résolution, lors même que le phlegmon complique l'engorgement glanduleux.

Mais si l'adénite n'est plus récente, si déjà elle est indurée, ou si elle est compliquée d'altérations des téguments, ou bien menacée de dégénérescence profonde, l'emploi de la glace devient inutile; il paraît même nuisible, en provoquant la gangrène de la peau amincie, ou en agissant comme répercussif, propre à déterminer des accidents métastatiques.

Massage. — Le massage, la malaxation, ou les pressions cadencées, ainsi que les a indiquées M. Récamier pour d'autres affections, nous ont réussi au Val-de-Grâce, dans quelques adénopathies. Et d'abord, lorsque la glande est assez petite, mobile, indolore, elle se prête à la pression des doigts qui la comprimment légèrement en tous sens, l'amollissent, et en favorisent la résolution.

La même manœuvre, largement pratiquée à pleine main, si l'on peut la désigner ainsi, est d'une grande utilité encore dans d'autres conditions: c'est lorsqu'il s'agit, comme nous le verrons plus loin, de pratiquer l'extirpation des tumeurs ganglionnaires. Eh bien, le massage, la malaxation, adroitement exercées avant l'opération, amènent la mobilité de la tumeur, en détachent les adhérences, et simplifient ensuite l'action du bistouri. J'ai eu

recours, ainsi que M. Baudens, à ce moyen préparatoire de l'extirpation, pour mobiliser la tumeur.

Il convient de commencer ces manipulations quelques jours à l'avance, et il n'est pas nécessaire que le chirurgien les exerce lui-même; les malades dont l'intelligence est la plus vulgaire comprennent bien ce qu'ils ont à faire dans leur intérêt, et savent vite se servir de leurs mains pour pratiquer le massage.

Inutile de dire que cette méthode ne saurait s'appliquer sans inconvénients aux formes d'adénite aiguë, phlegmoneuse ou suppurée, et qu'elle serait inutile ou impraticable dans les cas d'adénites profondes, trop adhérentes ou dégénérées.

Compression. — L'un des plus puissants modificateurs des maladies chirurgicales, c'est assurément la compression. Appliquée au traitement des adénites du cou, elle serait d'une grande efficacité dans beaucoup de cas, si elle était toujours facile à exercer. Mais la mollesse et la diversité des tissus de cette région, la délicatesse des organes et l'importance des fonctions qu'il faut ménager, rendent, en effet, difficile l'emploi de la compression; elle est cependant applicable aux adénites des régions parotidienne, mastoïdienne, et même sus-claviculaire, en raison des points d'appui sur lesquels on peut la fixer; elle est indiquée lorsque l'adénite est mobile ou adhérente, chronique, indolente et indurée, mais nullement contre l'adénite aiguë ou suppurée, ni contre l'adénite ramollie ou dégénérée.

Des compresses graduées ou superposées, une pelote de linge ou de peau, des rondelles d'agaric, une plaque de bois ou de métal, une feuille épaisse de plomb, et d'autres moyens faciles à imaginer, peuvent être employés dans ce but. M. Malle donne la préférence à une lame de plomb soutenue par un bandage approprié.

J'ai eu souvent recours à ces divers modes de compression, en y joignant l'inamovibilité pendant plusieurs jours; ces deux principes de traitement combinés ensemble m'ont fourni d'heureux résultats.

J'en dirai autant de l'action des résolutifs unis à la compression, renouvelés ou amovibles. M. Bégin déclare même que ce traitement est celui qui lui a le plus fréquemment réussi. Il recommande la compression dans les cas où les moyens précédents ont échoué, et quelquefois il l'a appliqué d'emblée aux ganglionites chroniques.

Mais la compression, à cause même de sa puissance, doit être faite avec prudence et d'une manière graduée. Souvent, en effet, si elle est exercée avec trop de force, elle détermine le ramollissement et la suppuration de la tumeur, au lieu de favoriser son absorption; elle doit être suspendue au moindre signe d'une inflammation consécutive, qui transformerait l'adénite indolente ou indurée en adénite subaiguë et suppurative.

La compression secondaire à la ponction n'est pas sans efficacité pour amener la résolution de quelques engorgements glanduleux; mais cette méthode, empruntée à la cure des kystes synoviaux, nécessite de nouvelles recherches.

Il est un moyen en rapport avec la compression par son mode d'agir, mais qui en diffère par les indications. Je veux parler des emplâtres adhésifs et des bandelettes agglutinatives si usités dans le traitement des ulcères par la plupart des chirurgiens, et dont j'ai fait l'application à quelques adénopathies chroniques ulcérées. Il s'agit simplement de disposer des bandelettes imbriquées les unes sur les autres, et de les laisser à demeure pendant plusieurs jours, en les soutenant avec un bandage contentif inamovible. Ce moyen m'a suffi pour obtenir dans quatre ou cinq cas la cicatrisation de l'ulcère glanduleux; et combiné avec la compression, il a pu contribuer à la résolution des

engorgements et à la guérison de fistules souvent intarissables. Une seule précaution à prendre, c'est que les bandelettes ne fassent point le tour du cou, dans la crainte de déterminer une constriction circulaire qui donnerait lieu à de fâcheux accidents de congestion.

Écrasement. — L'écrasement, qui détermine un mode particulier de compression, n'est autre chose, en effet, qu'une compression agissant d'une manière brusque, instantanée, et non d'une manière lente, graduelle. M. Malgaigne a indiqué ce moyen, et M. Velpeau y a eu recours pour la rupture de diverses tumeurs adénoïdes qui avaient résisté à d'autres méthodes de traitement.

L'écrasement me semble indiqué dans l'adénite superficielle, mobile, d'assez petit volume, de consistance molle, et en rapport avec quelques points d'appui solide, comme la mâchoire, par exemple. Ses effets sont de rompre l'enveloppe de la glande en même temps que son tissu propre, de la réduire en grumeaux, et de disséminer ceux-ci dans le tissu cellulaire ambiant qui en favorise l'absorption. Les ganglions ainsi broyés, morcelés, réduits en bouillie sous les téguments intacts, se trouvent dans les conditions d'une tumeur hématique, dont le sang grumeleux s'épanche dans le tissu cellulaire. C'est encore une compression méthodique et permanente, succédant à cette manœuvre qui facilite la résorption de la matière épanchée.

M. Malgaigne, pour pratiquer l'écrasement, applique avec force le pouce ou les pouces sur la tumeur ; mais cette force même considérable échoue souvent, et expose d'ailleurs à la lésion de quelques organes voisins. M. Velpeau préfère saisir la tumeur entre les doigts ou mieux entre deux petites plaques de bois émoussées, et la comprimer sur les points accessibles de la circonférence. Il a vu, dit-il, par ce moyen se résoudre promptement des adénites très anciennes, contre les-

quelles avaient échoué tous les moyens. Il reconnaît cependant que cette méthode de traitement est loin d'être infaillible, et qu'elle ne doit être employée que dans un petit nombre de cas.

Ainsi l'écrasement ne réussit pas toujours ; et à part la douleur qu'il occasionne, il peut produire de l'inflammation, des abcès, une suppuration diffuse, des décollements étendus de la peau ; il peut enfin, dans de fâcheuses circonstances, provoquer la formation des ulcères et des fistules.

Injections. — C'est alors, et dans des conditions ordinairement mauvaises, ou locales ou générales, c'est alors que des injections peuvent être faites utilement, soit des injections émollientes, soit des injections résolutives, selon le besoin : ainsi, des injections acidulées ou alcalines contribuent à déterger le foyer des tumeurs cervicales abcédées, ulcérées, fistuleuses ; le vin aromatique a été choisi par quelques chirurgiens. M. Lagneau s'est servi l'un des premiers de la solution de nitrate d'argent si généralement usitée aujourd'hui. J'ai essayé, comme d'autres, les injections d'iode ; mais ces diverses injections ne représentent qu'un moyen tout à fait secondaire de traitement.

Il en est de même de l'application de la charpie ou des linges imbibés de ces liquides détersifs.

Vésicatoire. — M. Velpeau, en indiquant l'application des vésicatoires volants au traitement des adénites en général, nous a conduit à essayer ce moyen contre l'adénite cervicale. M. Baudens l'a aussi préconisé d'après un certain nombre de succès. M. Velpeau, dans ce but, couvre l'engorgement adénoïde d'un vésicatoire volant, et le remplace, lorsque la dessiccation a lieu, par des cataplasmes émollients, sinon il revient à l'usage des frictions mercurielles.

Le vésicatoire posé directement sur la tumeur m'a paru agir comme moyen abortif, lorsque le gonflement est récent,

peu volumineux et légèrement inflammatoire ; comme maturatif, quand la suppuration semble imminente ou prochaine et cependant ne s'établit pas. C'est même lorsque la ganglionite est profondément située sous les aponévroses et dans les interstices musculaires, que le vésicatoire semble la dégager pour ainsi dire de ses enveloppes en attirant la suppuration vers les tissus superficiels. Je m'en suis servi du reste de la même manière pour des phlegmons profonds du cou, dans le but de prévenir les accidents d'une suppuration latente ou disséminée. Le vésicatoire agit enfin comme résolutif, si la tumeur est déjà ancienne et indolente. Il serait inutile, si l'adénite chronique était déjà indurée ou parvenue au ramollissement de la dégénérescence.

Séton. — Le séton employé par M. Lavanier (de Toulon) dans le traitement de quelques adénites inguinales consiste à traverser la glande avec un fil ou avec plusieurs fils en différents sens, si la tumeur est assez considérable ou multiple. On laisse les fils en place pendant quelques jours, et on les renouvelle au besoin. La suppuration qui s'établit dans le trajet de chacun de ces fils produit le dégorgement du tissu glanduleux ; et, selon M. Velpeau, l'absorption moléculaire ou interstitielle de la tumeur continue de se faire sans interruption.

Cette méthode me paraît applicable à l'adénopathie cervicale volumineuse dont l'extirpation serait difficile et redoutée des malades. On pourrait aussi en faire usage dans quelques cas compliqués, préalablement à l'extirpation, pour diminuer le volume de la tumeur et simplifier ainsi l'opération.

Cautérisation. — « On peut, disent Chopart et Desault, attaquer avec les caustiques les tumeurs cervicales squirrheuses, dures, petites, superficielles, et surtout gélatineuses, dont les progrès sont si rapides et qui gênent les mouvements du cou. » Ce conseil ne semble pas s'appuyer sur l'observation des faits,

malgré l'autorité des auteurs qui, du reste, ajoutent que les caustiques sont quelquefois insuffisants et souvent dangereux.

M. Bégin préconise la cautérisation dans les cas d'adénite ramollie, abcédée, ulcéreuse, pour transformer le foyer de ces ulcérations en plaies de meilleure nature, susceptibles d'une détersion plus facile, d'une guérison plus prompte, et d'une cicatrisation plus régulière, sans apparence scrofuleuse. Dans ce but, et après l'ouverture du foyer, il en cautérise la membrane interne avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure; par ce moyen le tissu malade se trouve détruit, désorganisé, et à sa place se développe une inflammation de bonne nature.

Je parlerai tout à l'heure de la cautérisation usitée pour l'ouverture des abcès glanduleux du cou, soit par la potasse, soit par le caustique de Vienne, ou bien par le cautère actuel.

Ce dernier moyen serait applicable aussi à certaines formes d'adénopathie cervicale exulcérée, fongueuse ou atteinte de dégénérescence, pour détruire, autant que possible, ces complications de l'engorgement ganglionnaire, mais à condition de mesurer l'emploi de cet agent si énergique, selon la nécessité des indications, et selon l'importance des rapports anatomiques.

Quant au moxa, je me contenterai d'en faire mention, quoiqu'il ait réussi deux fois dans la pratique de M. le professeur Marjolin, pour des cas d'adénopathie cervicale. Larrey, si partisan de ce puissant révulsif, en a rarement fait l'application au traitement des tumeurs lymphatiques, et sans en obtenir, à ma connaissance, des résultats assez concluants.

Ouverture des foyers purulents. — Le moyen de donner issue au pus n'a pas moins varié que l'époque à laquelle on doit procéder à cette ouverture.

Beaucoup de chirurgiens, surtout parmi ceux d'autrefois, ont accordé la préférence à la cautérisation sur la ponction ou l'in-

cision; mon père était de ce nombre, et son expérience dans le traitement des adénites inguinales syphilitiques, en dirigeant mes études cliniques, m'a fait adopter quelquefois la même méthode pour ouvrir les adénites cervicales suppurées.

Un triple avantage semble appartenir à la cautérisation, c'est d'abord de détruire la peau, lorsqu'elle est amincie, décollée ou ulcérée; c'est ensuite de frayer une voie large et facile au pus par une plaie simple, disposée à une cicatrisation régulière; c'est enfin de limiter, de concentrer l'inflammation autour de l'escarre, dans la tumeur même qui, recevant du caustique ce surcroît de phlogose, tend à subir une sorte de fonte complète.

Les moyens mis en usage pour obtenir ce résultat sont spécialement la potasse caustique et le caustique de Vienne. Nous n'avons pas besoin d'apprécier comparativement l'action de ces deux modes de cautérisation.

Larrey, dans le même but, s'est servi du cautère actuel de dimension et de forme assez petites, proportionnées au volume de la tumeur glanduleuse abcédée, non seulement pour vider son foyer, mais encore pour en déterger les parois et en favoriser l'inflammation cicatricielle.

Incision. — Quels que soient, toutes choses égales d'ailleurs, les avantages de la cautérisation, pour l'ouverture des abcès ganglionnaires du cou, l'emploi de l'instrument tranchant a prévalu, comme offrant plus de facilité, plus de célérité aussi.

Lorsque du pus s'est formé dans le foyer de l'engorgement cervical, faut-il lui donner une issue prompte ou tardive? En d'autres termes, à quelle époque convient-il de faire l'ouverture? C'est là une question sur laquelle tous les praticiens ne sont pas d'accord. En admettant que l'adénite soit de nature strumeuse, doit-on, comme le voulait A. Paré, attendre que la tumeur soit entièrement fluctuante? « Or il faut, dit-il, que le chirurgien soit adverty qu'auparavant qu'il fasse ouverture auxdites

escrouelles, faut laisser à perfection maturer toute la tumeur et entièrement suppurer (1). » Beaucoup sont de cet avis, mais il nous sera permis de ne point l'adopter, parce que le pus, une fois formé dans les ganglions malades, nous semble disposé à s'y amasser de plus en plus, à envahir le tissu cellulaire circonvoisin, et à fuser, à s'infiltrer vers les parties profondes du cou, d'après les dispositions anatomiques de la région. J'ai vu dans deux circonstances le pus fuser ainsi depuis l'angle maxillaire, le long du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à la région sus-claviculaire, où sa présence pouvait donner lieu à des accidents fâcheux. Les pansements faits avec le plus grand soin, et la compression la plus méthodique, ne suffirent point à faire refluer le pus vers son origine; il fallut pratiquer dans l'un et dans l'autre cas une contre-ouverture qui lui donna une issue libre et prévint d'autres complications.

Voilà donc la principale raison qui me fait adopter, plutôt que l'expectation, l'incision prompte des abcès glanduleux. J'y trouve aussi l'avantage, parfois, de faire cesser instantanément la douleur, et de diminuer l'engorgement lorsque l'inflammation devient cause d'étranglement. L'incision de l'abcès agit alors comme débridement. Il me semble enfin qu'en se conduisant ainsi, on prévient le décollement de la peau; et l'on favorise la cicatrisation bien mieux et plus vite que par des ouvertures tardives, si souvent transformées en ulcères consécutifs et en fistules intarissables. Ma préférence à cet égard s'appuie d'ailleurs sur l'autorité de M. Velpeau. On ne serait en droit de différer l'incision ou d'attendre, que dans certaines formes d'adénite chronique offrant des points de suppuration susceptibles de se résorber.

Le principe de l'ouverture prompte étant adopté, comment convient-il de l'appliquer? Est-ce par la ponction, est-ce par l'incision?

(1) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré.* Paris, 1840, t. I, p. 355.

Si le foyer de la suppuration ganglionnaire est petit et isolé, une simple ponction dans le point le plus fluctuant ou le plus déclive doit suffire; on la fait soit avec un trois-quarts fin, soit avec la pointe d'une lancette. Si, au contraire, l'adénite purulente est assez développée, si elle se subdivise en plusieurs loges résultant d'une agglomération des ganglions ramollis, bien que séparés encore par du tissu cellulaire, des ponctions multiples successives plutôt que simultanées doivent être faites, en permettant à la tumeur de s'affaisser progressivement.

Si, enfin, il s'agit d'une tumeur plus vaste, ou prolongée vers les parties déclives de la région cervicale, et offrant les signes d'une collection de pus en une seule poche, si le tissu cellulaire ambiant est détruit, si les téguments se trouvent distendus, amincis, ce n'est plus à la ponction qu'il faut recourir, c'est à l'incision nette et proportionnée au volume de la tumeur, mesurée aussi d'après ses rapports anatomiques, dirigée enfin, non seulement selon la fluctuation et la déclivité, mais même selon la ligne des plis naturels de la peau, afin de favoriser autant que possible la formation d'une cicatrice imperceptible. On comprend l'utilité de cette précaution, sans laquelle la moindre trace de cicatrice au cou ferait supposer chez quelqu'un l'existence des scrofules; et cela serait encore plus à considérer pour la femme et pour l'enfant, que pour l'homme.

Les incisions, assez larges ou assez étendues, sont préférables, en définitive, aux ponctions trop étroites ou trop restreintes, pour assurer les chances de la guérison.

Extraction. — J'ai souvent essayé avec succès un moyen qui me semble bon à proposer : c'est l'extraction de la matière contenue dans la tumeur, lorsque cette matière est susceptible de se détacher des parois ou du kyste. Je me sers à cet effet d'une spatule introduite dans l'incision faite avec le bistouri.

Sonde à demeure. — S'il arrive que le foyer de la suppuration

glanduleuse soit profond ou sinueux, et offre peu de tendance à se déterger promptement, je crois utile d'y placer une sonde de gomme élastique assez souple et assez mollement introduite, ou maintenue dans le foyer, pour n'en pas irriter la surface. En même temps qu'elle facilite par sa présence et sa déclivité un plus libre écoulement du pus, elle contribue à la cicatrisation. Si l'on adoptait ce moyen, il faudrait avoir soin de renouveler journellement la sonde, ou de ne pas la laisser longtemps à demeure, dans la crainte de provoquer la formation d'une fistule (1).

Excision. — Dans les cas enfin où l'incision, même renouvelée ou agrandie, serait insuffisante pour favoriser l'adhésion de la peau, décollée, fistuleuse, ulcérée, gangrenée même, c'est à l'excision de ses bords altérés qu'il faut avoir recours ou à l'ablation de toutes les parties, soit à l'aide de l'instrument tranchant, soit, comme nous l'avons déjà dit, à l'aide de la cautérisation.

EXTIRPATION DES TUMEURS GANGLIONNAIRES DU COU.

Lorsque la résolution ne se fait point; lorsque la tumeur, au lieu de s'ulcérer, de suppurer, pour s'atrophier ensuite, a au contraire une tendance marquée à s'indurer, à faire des progrès incessants; lorsqu'elle acquiert un développement de plus en plus considérable; lorsque surtout elle est atteinte de dégénérescence et menace de compromettre la vie, soit par des effets de compression cervicale, soit par des symptômes d'infection purulente, ou de cachexie générale ; enfin, lorsqu'elle a résisté à l'emploi de tous les moyens de traitement les plus rationnels, la maladie ne réclame-t-elle pas de la part du chirurgien une

(1) L'idée d'employer ainsi la sonde élastique m'a été suggérée d'après ce que j'ai vu faire à M. le professeur Jules Cloquet, pour faciliter l'écoulement du pus dans les abcès profonds du sein. J'en ai encore fait l'application, d'après lui, soit à l'hôpital des Cliniques, soit au Val-de-Grâce ou au Gros-Caillou, dans différents autres cas de suppuration profonde ou diffuse.

intervention plus active, ou du moins plus directe, plus radicale, une opération, en un mot, qui détruise le mal en l'extirpant, et rende aux parties comprimées ou déviées de leur direction normale le libre exercice de leurs fonctions? Oui, assurément, voilà ce que le chirurgien doit faire; il doit en venir à l'extirpation de la tumeur.

J'arrive donc à cette question dominante du traitement, et je vais essayer d'en exposer l'histoire, les indications et les contre-indications, le mode opératoire et les suites.

Sanctorius paraît être le premier qui ait conseillé l'extirpation des glandes du cou : « *Ergo strumæ nunquàm sanabuntur, nisi evellantur.* »

Cette opération a été indiquée comme pouvant être utile dans les cas rares de glandes squirrheuses ou susceptibles de dégénérer, d'abord et vaguement par quelques chirurgiens d'autrefois; plus tard par J.-L. Petit, Chopart, Desault, Hévin, Boyer, Pelletan, Dupuytren, et aujourd'hui par quelques autres chirurgiens célèbres des hôpitaux civils, tels que MM. Roux et Velpeau; mais il faut reconnaître qu'elle a été instituée dans la pratique générale par les chirurgiens militaires de notre époque.

M. Malle, dans son mémoire, s'exprime de la manière suivante sur l'extirpation : « Jusque dans ces derniers temps, dit-» il, ces tumeurs n'avaient point fixé l'attention des praticiens, » et à part M. Larrey, qui, consulté pour un engorgement squir-» rheux des ganglions situés à la région moyenne du cou, en » conseilla et en fit l'extirpation ; à part quelques autres faits » assez rares consignés dans les livres de l'art, la science ne pos-» sédait aucune notion régulière sur ces engorgements si fré-» quents dans les contrées froides et humides. »

Cette citation me permettra mieux de rapporter à mon père l'initiative d'une opération qu'il a faite plusieurs fois et qui s'est généralisée depuis lui dans les hôpitaux militaires. Je crois même

à propos de relater l'observation complète à laquelle fait allusion la citation précédente, et telle qu'elle a été publiée sous ce titre : *Du goître lymphatique squirrheux résidant partiellement dans les glandes lymphatiques du cou, et laissant presque toujours intacte la glande thyroïde* (1).

« Nicolas Moret, âgé de quarante ans, agriculteur, natif et habitant d'une commune voisine de Louviers, d'une constitution robuste, mais d'une idiosyncrasie scrofuleuse, présentait au côté gauche du cou une tumeur lobulée, peu mobile, indolente et sans changement de couleur à la peau, laquelle s'étendait de la région mastoïdienne, le long de la mâchoire, en remplissant toute la gouttière profonde du cou jusqu'au larynx, et formant au-devant de l'os maxillaire une saillie du volume de deux poings. (Voyez la planche.) Il y avait dix ans que cette tumeur était développée. Ce malade, après avoir inutilement subi plusieurs traitements, se rendit à Paris, dans le cours de juillet 1818, pour y consulter les plus habiles médecins. Leurs opinions, recueillies séparément, furent différentes.

» Les uns conseillaient l'extirpation de la tumeur, sans manifester le désir de la faire ; d'autres l'avaient défendue comme dangereuse et mortelle ; quelques uns étaient restés indécis sur l'emploi des moyens indiqués.

» Déchu de ses espérances, Moret s'éloigna de Paris, retourna dans ses foyers, en Normandie, profondément affligé de son état. Cependant le hasard lui fit rencontrer l'un de nos anciens militaires, amputé à l'épaule, qui l'engagea fortement à retourner à Paris pour y voir le chirurgien qui lui avait fait l'opération. Moret vint en effet me consulter vers le milieu de novembre de la même année.

» Après que j'eus examiné la tumeur avec une scrupuleuse attention, il me fut facile d'en déterminer le vrai caractère et de prévoir les suites funestes qu'elle aurait, si l'on n'en faisait promptement l'extirpation. Cette indication nous parut positive, et il était d'autant plus urgent de la remplir, que la maladie était parvenue au degré où la dégénérescence cancéreuse commence ordinairement.

» Nous avions déjà vu périr successivement trois sujets atteints de la même maladie, dont l'accroissement avait été si rapide, que les chirurgiens consultés, n'osant tenter aucune opération, restèrent simples spectateurs des angoisses et des effets de la strangulation qui terminèrent bientôt les jours de ces trois infortunés. D'un autre côté, nous pouvions être arrêté par les exemples d'accidents funestes survenus à plusieurs de ceux à qui l'on avait extirpé des tumeurs analogues à celle de notre malade. (Voyez les *Œuvres chirurgicales* de J.-L. Petit, article *Tumeurs*, tome Ier.) Mais nous nous placions au-dessus de cet obstacle, par la certitude que nous avions de nous rendre maître du sang au moyen des ligatures et de la compression faites successivement. Nous ne nous sommes pas arrêté davantage à l'idée d'encourir la censure de certains hommes, qui seraient probablement moins sévères, si l'exercice de l'art leur avait appris à connaître les difficultés de la pratique.

(1) *Clinique chirurgicale*, t. II.

» Ainsi après avoir mûrement réfléchi sur la possibilité de l'opération et sur ses résultats, le malade étant d'ailleurs parfaitement résolu, nous nous sommes décidé à la pratiquer le plus promptement possible. A cet effet, nous avons réclamé les avis de deux médecins éclairés, MM. Chaussier et Ribes, qui ont reconnu avec nous la nécessité et l'urgence d'extirper cette tumeur énorme, qui exerçait déjà une compression mécanique sur les principaux vaisseaux de la tête, sur le larynx, la trachée-artère, et mettait le malade dans le plus grand danger.

» Tout étant disposé, nous procédâmes à l'opération le 17 novembre 1818, assisté de l'un des médecins consultants, de M. de Lacaze, chirurgien-major du 2e régiment des gardes suisses, et de MM. Gimelle et Desruelles, chirurgiens aides-majors à l'hôpital de la garde royale. Le malade, couché sur un lit fait exprès, nous traçâmes dans notre pensée le plan de l'opération telle qu'elle va être décrite, nous promettant surtout de prendre toutes les précautions nécessaires pour prévenir l'hémorrhagie des nombreuses artères que nous avions à couper, seul accident grave que nous eussions à craindre : d'ailleurs l'intelligence rare et l'habileté des chirurgiens assistants nous rassuraient sur le danger ; enfin, nous nous sommes dit avec Celse : *Melius est anceps expiriri remedium quàm nullum.*

» A l'aide d'une incision parallèle au bord de la mâchoire, nous coupâmes d'abord les téguments qui recouvraient toute l'étendue de la tumeur ; trois autres incisions coupaient à angle droit cette première : l'une suivait le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule ; la seconde, le centre de la tumeur, et une troisième, plus petite, la ligne médiane du larynx. Les lambeaux résultant de la surface antérieure de la masse squirrheuse, plusieurs artères coupées dans ces incisions furent liées successivement, et nous continuâmes la dissection jusqu'à ce que la tumeur fût isolée dans les trois quarts de la circonférence : des sillons profonds et celluleux la séparaient en plusieurs lobes de différentes grosseurs ; ce fut autant de routes que nous suivîmes pour arriver aux racines de ces tubercules. Des incisions ménagées sur les feuillets lamelleux de ces sillons détachaient ces corps glanduleux dont on coupait facilement les enveloppes au moyen du bistouri boutonné.

» La portion la plus épaisse et la plus saillante fut ainsi bientôt déchatonnée. Son pédicule tenant à de gros vaisseaux, nous y passâmes une ligature avant d'en faire la section. L'extraction de ce groupe glanduleux qui embrassait le bord de la mâchoire, que nous avons trouvée usée à quelques lignes de profondeur, mit à découvert les autres tumeurs, et facilita le reste de l'opération.

» Une des glandes, implantée dans l'intervalle des apophyses transverses des deuxième et troisième vertèbres cervicales, fut extraite avec les mêmes précautions.

» Une deuxième, de forme ovalaire et de la grosseur d'une amande, était développée dans la gaîne cellulaire de l'artère carotide primitive. (Cependant elle devait être extraite comme les autres, sans cela la maladie se serait reproduite.) Après avoir fait fortement comprimer cette artère au-dessous de la glande, nous incisâmes avec précaution sa tunique lamelleuse, de laquelle nous dégageâmes ensuite la glande au moyen du bistouri boutonné. Son extraction laissa tout à fait à nu ce vaisseau principal ; mais tout avait été prévu pour sa ligature, en cas d'accident.

» Une troisième glande, composée de plusieurs lobules, était adhérente au côté gauche du larynx, entre le muscle génio-glosse et l'os hyoïde; l'extraction de cette glande fut difficile: elle ne s'en fit pas moins heureusement.

» Une quatrième s'était développée dans les parois de la bouche; elle fut également extraite par la plaie; enfin toute cette carrière glanduleuse a été complétement exploitée. Nous pouvons assurer même qu'il n'est pas resté un seul grain glanduleux dans le foyer de la maladie, et nous osons répondre que dans toute cette région du cou et de la tête, il n'y aura pas la moindre reproduction maladive.

» Plus de quinze artères ont été liées, parmi lesquelles nous comptons la maxillaire externe ou labiale commune, la sous-mentale, l'occipitale, la thyroïdienne supérieure, la sublinguale, et un grand nombre d'autres assez considérables développées par la maladie. Plusieurs cordons nerveux du facial, de la paire-vague, du lingual, et l'accessoire de Willis à son passage à travers le muscle sterno-mastoïdien, ont été coupés.

» La plaie lavée et abstergée, nous en avons rapproché les angles et les bords, et nous les avons fixés en contact au moyen d'une vingtaine de points de suture, de quelques bandelettes agglutinatives, et d'un linge fenêtré, enduit d'onguent styrax, qui couvrait toute la région opérée. Nous avons eu le soin de réunir les ligatures aux angles ouverts des incisions : de la charpie et un bandage approprié ont complété le pansement.

» Le malade avait supporté l'opération avec le plus grand courage, bien qu'elle eût duré en tout cinquante minutes; cependant, quelques moments après, il fut frappé d'une forte syncope, suivie de frisson, d'un mouvement fébrile et nerveux : accidents passagers, mais inévitables. Le calme le plus parfait succéda à cet orage, et pour la première fois depuis longtemps, cet agriculteur goûta les bienfaits d'un sommeil paisible.

» Le résultat heureux de cette terrible opération nous faisait favorablement augurer de ses suites; effectivement, le malade alla de mieux en mieux, et les trois premiers jours se passèrent sans le moindre accident; à peine eut-il, dans la nuit du troisième au quatrième jour, un mouvement de fièvre traumatique. Le premier appareil fut levé le quatrième : il était imbibé de sérosité purulente, et sans une seule goutte de sang; tous les points cousus de la plaie étaient déjà réunis, et à l'exception des hiatus que nous avions conservés pour y placer des ligatures et favoriser l'écoulement des fluides, toutes les incisions étaient presque entièrement cicatrisées. Les ligatures sont tombées du neuvième jour, et peu de temps après les bords de la plaie qui correspondaient au passage des ligatures étaient eux-mêmes réunis, en sorte que le malade s'est trouvé guéri le trente et unième jour de l'opération, et est reparti pour la Normandie le quarante et unième, avec tous les signes d'une parfaite santé. »

» Nous avons examiné avec attention les tumeurs glanduleuses : toutes étaient développées par des tuniques membraneuses d'un tissu serré et de couleur rouge; le feuillet le plus profond de ces tuniques fournissait intérieurement des cloisons concentriques très minces, à l'instar de celles qu'on observe dans les cédrats. La substance interposée entre ces feuillets, d'un gris blanc, ne peut être mieux comparée, pour l'aspect et la densité, qu'à la chair de cette espèce de citron; elle était ferme, élastique, comme de l'albumine à demi-cuite, de sorte qu'en coupant une de ces glandes en croix, le tissu charnu de chacune d'elles se boursouflait et s'écartait en tous sens par une sorte d'érectilité, et ce tissu

se déchirait difficilement. Ces enveloppes membraneuses recevaient évidemment des nerfs et des vaisseaux de tout genre ; aussi elles nous ont paru jouir de toutes les propriétés vitales à des degrés relatifs : en sorte que l'irritabilité des vaisseaux sanguins et lymphatiques avait été exaltée chez notre agriculteur, ce qui avait produit sans doute dans les glandes du cou, par une cause locale prédisposante qui nous est inconnue, d'abord une fluxion inflammatoire, puis l'aberration et la stagnation de la lymphe dans l'intérieur de cet appareil glanduleux, d'où sont résultés aussitôt l'engorgement et la tuméfaction, dont l'augmentation et l'accroissement se sont faits, pendant la première période, d'une manière lente et graduée ; les progrès ont été ensuite plus sensibles. »

Il n'était pas inutile, malgré ses longueurs, de reproduire cette observation dans tous ses détails, non seulement comme offrant le point de départ des opérations pratiquées depuis celle-là, mais aussi comme fournissant tout d'abord l'un des faits les plus propres à en exposer les indications, les difficultés, l'exécution et le résultat.

Une période d'une dizaine d'années s'écoula néanmoins avant que d'autres chirurgiens militaires, à l'exemple de Larrey, eussent établi le précepte de l'ablation des ganglions hypertrophiés ou dégénérés du cou.

L'un de mes honorés maîtres, M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, et M. Willaume, de Metz, le doyen vénérable des chirurgiens de l'armée, eurent chacun l'occasion de faire cette opération.

Mais elle n'a été réellement instituée en principe que vers 1831, par M. le professeur Bégin, dans ses leçons de clinique du Val-de-Grâce et des hôpitaux civil et militaire de Strasbourg. De 1828 à 1838, il a pratiqué une trentaine de fois l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, et les résultats de ses observations ont été publiés en 1836 par M. Malle, dans le travail déjà cité.

Plusieurs autres chirurgiens militaires dont les noms sont mentionnés au commencement de ce mémoire, et entre autres MM. Sédillot et Baudens, ont souvent eu recours à cette opération.

Qu'il me soit permis enfin de rappeler que je l'ai faite moi-même une vingtaine de fois ; et il me serait facile d'en rapporter les observations, s'il n'était pas plus nécessaire de poursuivre et de terminer l'étude générale que nous avons commencée.

Mais, avant d'aller plus loin, la chirurgie militaire doit rendre hommage à M. le professeur Velpeau, qui le premier, dans les hôpitaux civils, a démontré par sa propre expérience, et comme précepte, l'utilité de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou dans les cas où les moyens de traitement plus simples ne semblent plus applicables.

Quant aux faits isolés du même genre appartenant à la pratique des divers chirurgiens, ils seraient assez nombreux, aujourd'hui, s'il fallait les rechercher tous; et, à cet égard, on pourrait citer de confiance les noms de la plupart des opérateurs de notre époque, non seulement à Paris, mais encore dans diverses contrées.

Quelques uns de ces faits, plus rares, sont remarquables par leur importance et la gravité de l'opération. Telle est, par exemple, l'histoire intéressante, publiée en 1830 par M. Clot-Bey, d'une tumeur squirrheuse du cou enlevée par lui avec succès à l'hôpital d'Abou-Zabel, en Égypte, chez un jeune homme de la Mecque. Telle est aussi l'observation plus curieuse encore, recueillie en 1834, à Aix en Provence, par Labat, qui fit l'extirpation d'une tumeur squirrheuse des plus compliquées par ses rapports anatomiques et par les difficultés opératoires. Nous signalerons ces faits plus à propos, en appréciant les complications chirurgicales de l'opération.

Il faut ajouter, pour compléter ces annotations historiques, que plusieurs chirurgiens étrangers, surtout anglais, ont pratiqué aussi l'extirpation de tumeurs ganglionnaires dégénérées du cou. Voici un simple énoncé de quelques uns des cas les plus importants qui aient été publiés :

Atkinson, d'York, a enlevé en 1813 une très large tumeur du cou chez une femme (1).

G. Bell a publié un cas d'ablation de tumeur volumineuse du cou, faite par lui en 1814 (2).

Goodlad, en 1815, en a fait connaître un du même genre.

Cusack, de Dublin (3), a amputé en 1817 une tumeur considérable, *a very formidable one*, dit George Bell, après avoir assuré la carotide externe.

Brooke, de Dublin, a inséré en 1823, dans les *Transactions*, deux observations de tumeurs volumineuses extirpées par R. Adams.

M. Belkems, d'Anvers, a observé chez un militaire une tumeur remarquable par son volume et par les effets de compression qu'elle détermina, en nécessitant la trachéotomie.

Mayor, de Lausanne, a communiqué à l'Académie de médecine, en 1839, l'histoire d'une tumeur volumineuse située à la partie latérale droite du cou, chez une femme qui fut opérée (4).

D'autres chirurgiens étrangers ou français ont rapporté des cas analogues. Nous en rappellerons plus loin quelques uns, sans les citer d'avance, pour éviter des répétitions inutiles, et pour aborder une autre partie de notre sujet.

Il s'agit maintenant d'apprécier les indications et les contre-indications de l'extirpation, afin de mieux en poser les règles. Parlons d'abord des contre-indications.

A peine est-il besoin de dire que la manifestation évidente des scrofules, la prédominance de la phthisie, et certaines affections chroniques des organes respiratoires contre-indiquent toute

(1) *Med. and phys. journal*, vol. XXX.
(2) *Journal de la science médicale d'Edimbourg.*
(3) *Dublin hospit. reports*, vol. I.
(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome III.

opération chirurgicale pour les engorgements glanduleux du cou, symptomatiques de ces divers états morbides. Opérer en effet dans de telles conditions, serait au moins une grave imprudence, puisqu'on ne détruirait que le signe localisé d'une maladie générale, en provoquant au sein de l'organisme une perturbation funeste à la vie des malades.

Cependant j'ai trouvé dans mes notes inédites de la clinique de Dupuytren, que les engorgements scrofuleux du cou, étant susceptibles de dégénérer en squirrhe, en carcinome, en cancer, ne laissent plus de ressources que dans l'extirpation. Reste à savoir si la diathèse scrofuleuse est réelle dans ces cas-là; sinon, le conseil du grand chirurgien devrait être suivi quand même, à moins d'une dégénérescence tellement avancée, que la cachexie cancéreuse ne devînt elle-même une autre contre-indication.

Il est bon de se rappeler que l'adénopathie de la région sus-claviculaire peut être symptomatique d'affections des bronches et de la trachée, afin de s'abstenir de toute opération dans de semblables circonstances.

On ne doit pas non plus y recourir, lorsque les ganglions malades sont multiples, trop profondément situés, ou accompagnés d'adénite axillaire.

Il est entendu enfin que l'adénite cervicale développée, même chez les militaires, sous l'influence des causes extérieures, si elle est susceptible de modification favorable d'après les préceptes de l'hygiène, exclut, au moins de nécessité, l'opération chirurgicale. Voilà pour les contre-indications.

Toutes les fois, au contraire, que l'adénopathie, envisagée au point de vue local (n'oublions pas cela), et dépendant surtout d'une cause mécanique ou directe, ne semble éprouver aucun changement par l'emploi le plus rationnel des divers topiques; toutes les fois qu'elle est isolée ou agglomérée, solide, saillante,

mobile; toutes les fois qu'elle tend à augmenter progressivement de volume, à s'indurer ou à s'enkyster, à suppurer, à s'ulcérer et à dégénérer; toutes les fois enfin que par ces raisons mêmes, elle devient cause de gêne, de compression, de douleur, de difformité, d'accidents, d'obstacle enfin aux mouvements du cou, ainsi qu'aux fonctions des organes voisins, dans ces conditions-là l'indication est formelle, il faut recourir à l'extirpation de la tumeur. Voilà pour les indications.

Il suffit d'ailleurs de se rappeler qu'une ganglionite chronique, incurable par les moyens ordinaires, est exposée à des complications diverses et à la dégénérescence, pour que l'opération soit positivement indiquée. « Si la maladie résiste au traitement fait avec les modifications nécessaires à l'âge du sujet, à son tempérament, au sexe, etc., l'extirpation des tumeurs devient alors indispensable, ou le malade est condamné à périr. » Telle est, si l'on me permet de le rappeler ici, l'opinion exprimée par mon père.

Une précaution générale à prendre, c'est, autant que possible, de ne point en venir à l'extirpation des tumeurs lymphatiques du cou avant la disparition spontanée ou la guérison méthodique de l'affection qui leur a donné naissance. Sans cette précaution, en effet, la cause morbide produirait par sa persistance des tumeurs secondaires à celle que l'on aurait enlevée, et annihilerait le bénéfice de l'opération.

De ce principe découle celui d'apprécier avec soin le siége et les rapports anatomiques, aussi bien que les influences pathologiques de la tumeur adénoïde.

La région cervicale, formée de tissus et d'organes si divers, si importants, serait exposée à de graves lésions, si le chirurgien, en présence de la nécessité d'opérer, n'avait la connaissance exacte de l'anatomie de cette région, une main sûre et un sang-froid éprouvé, pour ménager attentivement les vais-

seaux jugulaires et carotidiens, les branches nerveuses, les voies aériennes et l'œsophage. « Nous avons, dit Larrey, détaché des glandes de cette nature de l'intervalle des apophyses transverses, des vertèbres cervicales, du pourtour de la carotide primitive, de la bouche, sous l'os hyoïde, sur le larynx, derrière la trachée-artère. »

Les différents tissus que l'instrument doit diviser pour pénétrer jusqu'à la tumeur sont : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier, les deux fascia qui l'enveloppent, l'aponévrose cervicale et l'espèce de gaîne celluleuse dans laquelle se trouve logé le ganglion à l'état normal. Ces éléments anatomiques offrent des variétés suivant la région du cou, l'ancienneté de la tumeur, ses rapports et la profondeur à laquelle elle existe.

M. le professeur Velpeau a méthodiquement exposé les points relatifs à cette partie du sujet. Nous allons en donner un aperçu en y joignant quelques considérations pratiques. Les tumeurs lymphatiques de la région parotidienne ont de la tendance, par leur développement et leur induration, à comprimer la glande salivaire et à l'atrophier quelquefois, au point que si leur extirpation devient nécessaire, elle semble faite aux dépens de la parotide elle-même. C'est là un point de chirurgie pratique sur lequel M. Velpeau a rappelé l'attention dans sa médecine opératoire, et que d'autres chirurgiens ont eu occasion de constater. Oui, on a cru pendant longtemps que l'extirpation de la parotide n'était ni une opération rare, ni une opération difficile; et, dans cette confiance illusoire, on enlevait des tumeurs qui n'étaient autres, en réalité, que des adénites parotidiennes indurées, enkystées ou dégénérées.

Tels paraissent être les faits cités par Heister, Scultet, Verdier, Palfin, Gooch, Garengeot, et bien d'autres, reproduits du reste par A. Bérard, dans son excellente thèse sur les *Maladies*

de la glande parotide; ce qui ne veut pas dire pourtant, d'une manière absolue, que la glande parotide ne puisse être extirpée, comme l'a fait observer M. Velpeau, et comme le démontrent quelques observations appuyées sur l'autorité de Béclard, de Lisfranc, de MM. Gensoul, Carmichaël, Mott, Warren père, Warren fils et d'autres.

Qu'il me soit encore permis d'ajouter à ces témoignages-là celui de mon père, qui a pratiqué une fois, à ma connaissance et avec moi, une extirpation de la parotide chez une jeune fille, non pas de la totalité, comme il l'avait cru, je dois le dire, mais de la plus grande partie de la glande. Il en a même fait l'objet d'un mémoire qu'il a lu à l'Académie des sciences en 1841 (1).

Les tumeurs lymphatiques de la région sous-maxillaire, développées, comme on l'a vu, tantôt dans l'espace mylo-hyoïdien, tantôt directement sous le menton, ou bien sous l'angle de la mâchoire et vers la face externe de cet os, se prêtent avec facilité ou non, selon les cas, à l'extirpation. Ainsi, sur la ligne médiane point de lésion à craindre, si ce n'est celle de l'artère sous-mentale, et plus profondément, mais rarement aussi, la lésion de la glande salivaire sous-jacente, et celle des conduits de Warthon; tandis que sous l'angle maxillaire la glande à détacher semble se soustraire parfois à l'action des instruments, soit par sa mobilité même, soit au contraire par ses adhérences, soit enfin par ses prolongements et ses rapports avec les vaisseaux carotidiens et jugulaires internes. De là, des précautions particulières à prendre dont nous parlerons en décrivant le mode opératoire. Il nous est arrivé d'extraire de cette région des tumeurs ganglionnaires dont la disposition agglomérée, plutôt que le volume, offrait quelque embarras.

C'est surtout pour enlever les ganglions lymphatiques de la

(1) *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires.*

face externe de la mâchoire, que le bistouri évite difficilement l'artère faciale enveloppée quelquefois par ces ganglions hypertrophiés ou dégénérés. L'indication à remplir alors est de faire comprimer l'orifice de l'artère par le doigt d'un aide, sinon d'en pratiquer immédiatement la ligature ou la torsion; il y a même avantage à suivre le conseil donné par M. Velpeau, à savoir: d'oblitérer les deux bouts de l'artère faciale, parce que le reflux du sang peut se faire par les artères angulaires et coronaires.

Les tumeurs adénoïdes, plus particulièrement situées dans la région mylo-hyoïdienne, présentent assez de difficultés à l'extirpation, à cause de leurs rapports avec la glande sous-maxillaire et le conduit de Warthon (que Boyer recommande bien d'éviter), avec la veine faciale et la veine maxillaire externe, et même aussi avec l'artère faciale. La tuméfaction plus ou moins considérable des glandes de cette région favorise d'ailleurs la dilatation des vaisseaux secondaires ou des branches qui peuvent se trouver lésées. Le chirurgien est obligé, dans certains cas, pour découvrir et détacher la tumeur tout à fait, de pénétrer avec des instruments, sinon avec le bistouri, jusque vers le larynx et au-devant des artères carotides. L'excavation profonde qui résulte de l'ablation de la tumeur permet de voir et de toucher les organes essentiels à ménager.

Les tumeurs de la région sus-claviculaire paraissent plus que d'autres, peut-être, liées à des conditions morbides générales, soit de scrofules, soit de tubercules coïncidant avec des engorgements de même nature de la cavité thoracique, et semblent, pour cela même, se soustraire davantage aux conditions opératoires. Il peut se faire cependant que ces tumeurs doivent être extirpées; mais en raison de l'importance des organes adjacents, il faut prendre les plus grandes précautions. La lésion des nerfs du plexus cervical est à craindre, et plus encore la

lésion des veines principales. Hors les indications de nécessité, mieux vaut donc s'abstenir de l'opération dans la région sus-claviculaire.

Ce sont surtout les tumeurs ganglionnaires de la région carotidienne qu'il importe de bien apprécier au point de vue de l'extirpation. Situés dans toute l'étendue du sillon sterno-carotidien, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la fossette sus-sternale, les ganglions, tantôt superficiels, tantôt profonds, se prêtent diversement à l'opération. Celle-ci peut être pratiquée avec l'attention de faire saillir, de tendre le muscle sterno-cléido-mastoïdien, en plaçant le malade convenablement. Les tumeurs même assez cachées deviennent ainsi plus apparentes, et plus saisissables par conséquent.

Le chirurgien procède alors à l'extirpation, comme nous allons l'exposer d'une manière générale, et avec tout le soin qu'exige une opération aussi délicate, pour ne blesser ni l'artère carotide primitive, ni la veine jugulaire interne, ni le nerf pneumo-gastrique, ni même le grand sympathique, accidents redoutables par l'hémorrhagie, par l'entrée de l'air, par l'asphyxie, et par les troubles fonctionnels les plus graves.

Mode opératoire. — L'opération étant donc résolue, l'appareil instrumental est préparé. Il se compose de bistouris : droit, convexe, concave et mousse ou boutonné ; de pinces à torsion et à ligature, d'une sonde cannelée, d'un tenaculum, d'érignes simples et doubles, de ciseaux droits et courbes, d'une spatule, d'aiguilles, et de quelques autres instruments accessoires.

La position à donner au malade doit être décidée, de telle sorte qu'il puisse la conserver sans fatigue ou sans inconvénient pour lui, et sans embarras pour le chirurgien, pendant toute la durée de l'opération. La position verticale est suffisante, le malade étant assis sur une chaise et soutenu par un aide, si la tumeur est peu développée, assez mobile, superficielle, facile en

un mot à enlever. La position horizontale est préférable, le malade étant couché sur le bord de son lit, en face du jour, et ayant le cou soulevé par un coussin, lorsque la tumeur est volumineuse, adhérente, profondément située, ou en rapport avec des organes importants, lorsqu'enfin elle exige plus de temps et d'attention. C'est aussi la position à choisir dans la prévision d'une syncope et dans l'emploi des agents anesthésiques, qui semblent en général, et toutes choses égales d'ailleurs, agir avec plus d'innocuité dans cette position horizontale que dans la position verticale. Il y a là, du reste, une question secondaire à examiner, eu égard à l'emploi du chloroforme dans les cas d'extirpation des tumeurs du cou.

Tout est donc disposé pour l'opération : placé en face ou au côté du malade, selon le besoin, le chirurgien saisit la tumeur entre les doigts de la main gauche, et cherche d'abord à la mobiliser, à l'isoler ou à la déplacer en différents sens, par quelques tractions légères, puis à la fixer à sa base avec la même main, en tendant la peau ; ou bien il soulève les téguments et en forme un pli dont il soutient l'un des bords, tandis que l'autre est tenu par un aide. Prenant alors de la main droite un bistouri convexe, il fait une incision longitudinale et perpendiculaire à ce pli, s'il y a lieu, sinon, de haut en bas, dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, ou mieux encore, selon la direction de l'axe du cou, un peu oblique d'arrière en avant. Cette incision divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle, et quelques fibres musculaires du peaucier.

L'opérateur, parvenu à l'enveloppe extérieure ou celluleuse du ganglion malade, l'ouvre avec précaution ; et sans aller au delà, il la saisit, la décolle avec des pinces à disséquer, et entame avec l'instrument tranchant l'enveloppe propre ou le kyste, s'il existe, sans intéresser la tumeur elle-même.

Abandonnant ensuite le bistouri, il sépare et détache les adhé-

rences celluleuses, soit avec le doigt, soit avec une spatule ou tout autre instrument mousse, qui s'engage et glisse dans l'espace aréolaire interposé. Il accroche en même temps la tumeur avec une érigne ou une pince de Museux implantée dans son épaisseur, il la soulève, l'attire à lui et la renverse dans un sens ou dans l'autre à son gré, à mesure qu'il pratique l'énucléation.

Ce mode d'opérer suffit dans les cas les plus simples, c'est-à-dire lorsque la tumeur n'est pas ancienne et n'a que de faibles connexions avec les parties voisines. La séparation en est quelquefois si facile et si rapide, qu'elle permet d'isoler la glande sur toute sa circonférence, et d'en déterminer la chute ou l'ablation instantanée.

D'autres fois, l'opération étant commencée de même, la tumeur est en partie détachée, mobile; elle ne reste plus adhérente qu'à sa base ou par un pédicule plus ou moins résistant. C'est là que se trouvent les vaisseaux et les nerfs nourriciers de l'organe malade; et comme les vaisseaux en se dilatant, par l'hypertrophie même de la glande, peuvent donner lieu, au moment de la section, à un hémorrhagie inquiétante, ils doivent être liés, non pas d'une manière immédiate et après une dissection lente, mais par une ligature en masse, embrassant le pédicule. Ce mode opératoire devient fort important, lorsque la tumeur semble tirer son origine de racines profondes que le bistouri ne pourrait atteindre sans danger. On peut suppléer à cette ligature en masse par la torsion de la tumeur sur elle-même, jusqu'à rupture de son pédicule. Cette manœuvre, usitée par M. Baudens, a l'avantage de tordre en même temps les vaisseaux et de prévenir ou de diminuer l'hémorrhagie, lorsque l'instrument tranchant ne doit plus agir.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : lorsque l'énucléation ne suffit point à détruire des adhérences trop fortes, lorsque la tumeur n'est ni mobile, ni pédiculée, il faut procéder à une

dissection délicate, difficile, au milieu de tissus serrés, profonds et en rapport avec des organes essentiels à ménager. Le bistouri mousse est préférable à tout autre pour cette partie de l'opération, sans qu'il soit besoin de le démontrer. Le chirurgien doit se servir de ce bistouri avec grande attention, en faisant agir le tranchant à petits traits vers la tumeur plutôt que vers les tissus circonvoisins, en procédant surtout de bas en haut, pour diminuer la gêne occasionnée par l'écoulement de sang, et en ayant soin, autant que possible, de diriger la lame du bistouri sur la pulpe du doigt. Il peut se servir utilement des ciseaux courbes et mousses dans le même but. Un aide, pendant ce temps, écarte les lèvres de la plaie, et bouche provisoirement avec ses doigts les orifices des vaisseaux ouverts, tandis qu'un autre en absterge le sang avec une éponge, à chaque coup de bistouri.

L'opérateur abandonne de nouveau l'instrument tranchant et l'érigne, sauf à les reprendre encore, et il essaie d'achever par l'énucléation ce qui lui reste à faire pour enlever la tumeur. Cette manière de faire est la plus sage.

Aussitôt après qu'il a détaché la tumeur principale, il porte le doigt dans le fond de la plaie et sur ses parois, pour en apprécier les conditions, reconnaître les tumeurs secondaires, les enlever aussi, et arrêter le sang.

Le mode opératoire, tel que je viens de le décrire pour la généralité des cas, est applicable du reste à l'extirpation d'un bon nombre de tumeurs; mais celles du cou, et spécialement les tumeurs adénoïdes, en exigent l'emploi, qu'il est possible d'ailleurs de modifier selon les circonstances.

Nous avons dû supposer d'abord les cas les plus ordinaires, ceux dans lesquels l'extirpation est simple et facile, pour le chirurgien même le moins habitué aux opérations. Ainsi, une seule incision linéaire peut suffire pour mettre la tumeur à découvert

et en assurer l'ablation, que cette tumeur soit superficielle ou sous-cutanée, qu'elle soit plus profonde ou sous-aponévrotique, sous-musculaire même, comme les ganglionites situées derrière le sterno-mastoïdien, entre ce muscle et le trapèze. On n'a plus alors qu'à écarter les lèvres de la plaie et le bord du sterno-mastoïdien, soit avec le doigt, soit avec une spatule ou un crochet mousse, pour dégager la tumeur et l'enlever. J'ai souvent vu des faits de ce genre, et M. Velpeau a dit, dans ses leçons de clinique, avoir extirpé plusieurs fois des ganglions situés ainsi.

L'incision droite, selon le plus grand diamètre de la tumeur, semble donc en résumé généralement préférable à toute autre : elle est facilitée par un pli fait à la peau, s'il n'existe point d'adhérence, et elle permet de découvrir l'enveloppe propre de la tumeur du premier coup. Elle doit être oblique de haut en bas et de dehors en dedans, sur les régions libre ou médiane du cou, et transversale ou parallèle à la branche de la mâchoire dans la région sous-maxillaire.

Il faut quelquefois faire deux incisions rapprochées l'une de l'autre à la région sous-mastoïdienne : par exemple, lorsque deux tumeurs se trouvent situées, l'une en avant, l'autre en arrière du muscle sterno-mastoïdien. Cette double incision vaut mieux qu'une seule, qui rendrait trop pénible l'extirpation par une ouverture unique.

L'incision cruciale est réservée à l'enlèvement des tumeurs volumineuses profondément situées ou difficiles à découvrir.

L'incision en T ou en V peut s'appliquer à des cas analogues.

L'incision semi-elliptique, enfin, permet de mettre largement à découvert le siége de l'adénopathie ; et tout à fait elliptique, elle comprend, dans l'ablation, les téguments amincis, décollés, ulcérés, désorganisés.

M. Velpeau préconise l'incision à lambeau renversé, du bord

libre au bord adhérent, comme favorisant davantage l'extirpation des tumeurs ganglionnaires un peu volumineuses.

Si le ramollissement a envahi la glande malade, le kyste doit être mis à découvert et détaché en totalité, afin de substituer une plaie simple à une surface suppurante, etc.

Dans certains cas d'adénite multiple, alors que quelques ganglions se sont tuméfiés secondairement à la tumeur principale, il suffit d'emporter celle-ci pour que les autres disparaissent même assez promptement ; non pas que ce résultat soit constant, mais il a été constaté plusieurs fois.

Si, au contraire, ces adénites secondaires n'ont point de tendance à la résolution, elles sont ou deviennent assez volumineuses pour être extirpées consécutivement. Il faut ne point multiplier les incisions, et il convient de les diriger, autant que possible, dans le sens des plis naturels de la peau, afin de favoriser une cicatrisation régulière.

Un précepte qu'aucune règle spéciale ne saurait préciser pour l'opérateur et qu'on ne saurait trop rappeler, c'est d'agir avec prudence et circonspection, sans engager le bistouri à une profondeur trop considérable. Les données relatives à chaque région du cou démontrent l'importance de ce précepte rigoureusement applicable à l'extirpation de tumeurs ganglionnaires.

En définitive, le chirurgien doit songer que les difficultés réelles de l'opération n'apparaissent le plus souvent que lorsqu'elle est déjà commencée. Ainsi, une tumeur semblait unique, elle est double ou multiple; mobile à sa surface, elle est adhérente à sa base; superficielle en apparence, elle devient profonde par des prolongements ou par la présence d'un plan fibreux, d'un faisceau charnu; ou bien elle se trouve en rapport avec des vaisseaux et des nerfs importants.

De là des difficultés réelles dans la manœuvre opératoire, difficultés telles, dans quelques circonstances, que les chirurgiens du

plus grand talent regardent l'ablation des tumeurs du cou comme l'une des opérations les plus délicates de la chirurgie. Clot-Bey va même jusqu'à la considérer comme plus difficile et plus dangereuse que les opérations de l'anévrisme, de la taille et de la hernie. C'est beaucoup dire, mais c'est dire vrai pour certains cas; et en parlant ainsi, notre habile confrère faisait sans doute allusion à un fait de sa pratique que je crois devoir placer ici.

Il a publié en 1830 l'observation intéressante d'une extirpation de tumeur squirrheuse du cou, faite par lui avec succès à l'hôpital d'Abou-Zabel (Égypte), chez un jeune homme de la Mecque. La tumeur était formée par l'engorgement chronique des ganglions lymphatiques : en sept années elle avait acquis un volume assez considérable pour s'étendre depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, et elle avait fini par dégénérer en carcinome. L'opération, faite par une longue incision dans le plus grand diamètre de la tumeur, permit de la découvrir par une dissection minutieuse dans toute sa partie postérieure où elle se trouvait en contact avec les côtés du larynx, avec l'artère carotide, le nerf pneumogastrique et la veine jugulaire interne. L'excavation de la plaie après l'ablation de la tumeur aurait permis d'y loger le poing. Il s'écoula peu de sang; la veine jugulaire externe divisée avait été liée aussitôt; le pansement fut fait par réunion immédiate; aucun accident ne survint, et la cicatrisation fut complète deux mois après. L'examen pathologique ne m'a point paru suffisamment détaillé; la tumeur offrait dans sa consistance, dit Clot-Bey, la plus grande analogie avec le tissu des seins, de même que dans sa forme et son volume, elle ressemblait au cœur. Ce cas particulier n'en est pas moins un des plus intéressants que l'on puisse mentionner au point de vue de l'opération.

Un fait général et à peu près constant a fixé mon attention : c'est que les sujets les plus différents entre eux, quant au tem-

pérament, aux dispositions morales, et aux degrés de la sensibilité, une fois résolus à l'opération et à peine soumis à l'action des instruments, semblent comprendre si bien l'importance de l'immobilité, qu'ils restent instinctivement dans l'attitude où les a placés le chirurgien, comme s'ils mesuraient à part eux toute la portée de cette manœuvre délicate, en s'y prêtant avec une volonté ferme et une impassibilité absolue. Cette remarque fait allusion nécessairement aux malades chez lesquels les agents anesthésiques n'ont pas été employés. J'ai eu occasion de la communiquer à M. le professeur Roux; et son immense pratique le met à même d'en vérifier l'exactitude.

George Bell a fait observer l'un des premiers (dès 1813), et avant lui Allan Burns l'avait dit (1), que le danger et les difficultés des opérations pratiquées sur le cou seraient sensiblement affaiblis par un usage plus étendu, mieux approprié des doigts et des instruments mousses plutôt que du tranchant du bistouri. C'est le principe de l'énucléation adopté par tous les chirurgiens et directement applicable à l'avulsion des adénites cervicales mobiles ou enkystées.

Une manœuvre que nous avons seulement indiquée et qui facilite l'opération en la simplifiant, c'est l'ingénieux procédé de la torsion dans les cas spéciaux dont il a été parlé. Cette torsion de la tumeur sur son pédicule, telle que M. Baudens l'exécute et telle que je l'ai essayée utilement d'après lui, se fait avec deux érignes doubles dont on rapproche les branches avec force, jusqu'à ce que la tumeur tordue plusieurs fois sur elle-même se rompe vers sa racine, se détache et tombe. L'avantage de ce procédé est de prévenir l'hémorrhagie et de dispenser des ligatures; il est donc préférable, selon nous, à la dissection si souvent difficile de la tumeur, eu

(1) *Observations on the surgical anatomy of the head and neck.*

égard à une disposition particulière signalée par M. Baudens. « En effet, dit-il (1), les vaisseaux qui ont grossi avec la tumeur traversent, pour y arriver, les parois d'un kyste résultant du refoulement des lames du tissu cellulaire et du feutrage de ces lames entre elles. Après leur incision, ils se rétractent en dehors du kyste par leur élasticité propre; le fond du kyste est une espèce de crible qui fournit constamment du sang. On saisit les ouvertures du kyste sans en prendre en même temps les vaisseaux, et alors les difficultés, pour suspendre le cours du sang, sont d'autant plus grandes qu'on ignore le mécanisme suivant lequel il est produit et entretenu. »

La torsion faite aussi avec la main, pour suppléer à l'action de l'érigne ou de la pince de Muzeux, m'a paru facile et prompte, lorsque le ganglion offre assez de prise, une consistance ferme et une texture serrée. Mais à l'état de suppuration, de ramollissement ou de dégénérescence pultacée, son tissu trop friable ne se prête plus à la pression de l'érigne, à la torsion, ni même aux tractions manuelles. Le ganglion est alors déchiré, lacéré en morceaux plutôt que détaché en masse; et lorsqu'il se vide en partie ou en totalité, on peut compléter ce résultat par l'évacuation du foyer à l'aide de la pression des doigts et par l'extraction de toutes les parties altérées. La suppuration consécutive fait le reste.

Si l'adénite est profonde et ne se dégage pas aisément des muscles, on peut recourir à une heureuse application de la ténotomie conseillée par M. Velpeau, pour démasquer la tumeur, lorsque la présence du sterno-mastoïdien en gêne l'ablation : c'est de couper ce muscle en travers.

M. Nélaton a fait ainsi dans un cas d'adénite cervicale chronique, chez un homme qui avait la plupart des ganglions pro-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 6 mars 1849.

fonds du cou indurés. « La compression qu'ils exerçaient, dit-il, sur le larynx et la trachée était telle qu'elle déterminait parfois des accès de suffocation. Ce fâcheux effet disparut dès que, par la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien, j'eus permis à la masse ganglionnaire de se porter en dehors. »

Si la tumeur encore intérieurement située, volumineuse et indurée, comprime le larynx et la trachée au point de faire craindre des accidents de suffocation, c'est pour assurer le succès de l'extirpation, que l'on s'est trouvé dans la nécessité de faire préalablement la bronchotomie.

M. Belkems, médecin belge, a rapporté dans les *Mémoires de la Société de médecine d'Anvers* un fait remarquable de ce genre : Un militaire, âgé de cinquante-deux ans, portait au cou une grosseur dont il suivait le développement depuis trois ans ; elle avait acquis, en quatorze mois, assez de volume et de consistance pour embarrasser la respiration jusqu'à imminence prochaine d'asphyxie. Il fallut avoir recours à la trachéotomie, puis à l'extirpation de la tumeur ; et la guérison eut lieu.

J.-L. Petit parle d'accidents funestes survenus à plusieurs de ceux à qui on avait enlevé des tumeurs squirrheuses du cou, mais il n'en précise pas la nature, et ne dit pas s'il s'agissait de ganglions lymphatiques dégénérés.

Boyer a vu, à la suite de l'ablation, la bouche légèrement contournée par l'inégalité d'action des muscles peauciers, celui qui couvre la tumeur étant coupé en travers ; mais cette difformité disparaît à mesure que la peau se cicatrise.

Boyer encore signale la lésion de la glande salivaire sous-maxillaire, dans l'extirpation des tumeurs glanduleuses de cette région, lésion comparable à celle de la glande parotide et reconnaissable à la quantité de liquide qui continue de s'écouler lorsque la cicatrisation est avancée, c'est-à-dire lorsqu'une fistule

s'est établie. La cautérisation avec le nitrate d'argent et la compression suffisent ordinairement à la guérison de cette fistule.

Mais les accidents les plus sérieux, les plus menaçants dépendent de la lésion des artères et des veines. S'il arrive que la tumeur adénoïde soit en contact, en rapport direct avec la gaîne des vaisseaux carotidiens, c'est alors qu'il importe de suivre avec la plus minutieuse attention le mouvement du bistouri, pour achever la section des adhérences. Les vaisseaux ouverts doivent être comprimés à leurs orifices et tordus ou liés immédiatement sans attendre la fin de l'opération. On empêchera plus sûrement encore une hémorrhagie dangereuse, en liant les artères à leur base, une fois détachées des autres tissus, et en les coupant près de la ligature.

Une précaution importante, c'est de recommander au malade de respirer largement, lorsque la dissection tend à isoler la tumeur, afin de prévenir le gonflement de la jugulaire interne, et d'éviter la chance de léser cette veine qui se trouverait exposée aux redoutables effets de la pénétration de l'air.

L'entrée de l'air dans les veines, cet accident si funeste des opérations pratiquées dans les régions du cou, n'est survenu que très rarement dans l'ablation des tumeurs ganglionnaires proprement dites, mais il a été signalé dans certains cas d'ablation de tumeurs dégénérées, dont quelques unes pouvaient être, dans l'origine, de nature glanduleuse. Le savant mémoire de M. Amussat sur l'entrée de l'air dans les veines (1) m'a fourni quelques observations utiles à résumer avec d'autres faits du même genre.

Et d'abord l'observation si connue de Dupuytren, relative à l'extirpation d'une tumeur du cou faite par lui en 1822, chez

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome II, pages 20, 182 et suiv.

une jeune fille, n'indique pas s'il s'agissait dans le principe d'un engorgement adénoïde, et le désigne seulement sous le nom de tumeur *cellulo-fibreuse* siégeant à la partie postérieure et latérale du cou. Mais il est présumable que c'était primitivement une dégénération ganglionnaire.

M. Barlow (de Blackburn) a inséré dans la *Gazette médicale* de 1831 l'observation d'une tumeur enlevée par lui chez une femme, sur le côté gauche du cou. Une large veine ouverte donna accès à l'air avec bruit, et la mort fut instantanée.

Le même résultat funeste a été avéré, dans l'extirpation d'une tumeur strumeuse du cou, pratiquée par M. Roux en 1832, chez une jeune fille. A la fin de l'opération, l'air pénétra par une blessure de la veine jugulaire interne, des accidents graves se déclarèrent, et la mort survint au septième jour : à l'ouverture on trouva de l'air dans l'aorte et ses divisions.

M. Ulrich (de Berlin), en faisant (en 1834) l'ablation d'une tumeur cervicale, s'aperçoit qu'il vient d'ouvrir la veine jugulaire interne, l'air s'y précipite avec bruit, et la mort a lieu en une minute. L'autopsie démontre que l'oreillette droite est distendue par de l'air.

M. Mirault (d'Angers) pratiquait, vers 1837, l'extirpation d'une tumeur fibreuse et ganglionnaire volumineuse, occupant le côté droit du cou, lorsqu'à la fin de l'opération, qui avait duré une heure, l'entrée de l'air se fit avec un double sifflement par la veine jugulaire interne coupée dans les deux tiers de son calibre. La mort arriva trois heures et demie après. L'autopsie n'a pas été faite.

M. Gorré (de Boulogne), en procédant au mois d'octobre 1842 à l'ablation d'une tumeur de la partie latérale gauche du cou, divise inopinément la veine jugulaire interne; l'air s'y introduit aussitôt et la mort est foudroyante. (Dans ce cas peut-être

le funeste résultat eût été prévenu par la ligature préalable du pédicule.)

Quelques faits témoignent cependant que l'entrée de l'air dans les veines n'a pas toujours été un accident mortel dans des conditions du même genre.

John Warren (1) enlève une tumeur occupant le côté droit de la face et du cou, mais dès le commencement de l'opération, l'air pénètre avec bruit par l'ouverture d'une petite veine de communication entre la jugulaire externe et la jugulaire interne, les symptômes graves sont dissipés par l'ouverture de l'artère temporale, et, sept jours après, l'opération interrompue est terminée et conduite à bonne fin.

M. Delaporte (de Vimoutiers) a adressé à l'Académie de médecine une observation sur laquelle mon père a fait un rapport en janvier 1837 : il s'agit de l'ablation d'une tumeur occupant la partie supérieure et latérale droite du cou. A la fin de l'opération, l'entrée de l'air par une veine coupée détermina un sifflement marqué et du gargouillement dans la poitrine ; les symptômes graves disparurent néanmoins et la guérison eut lieu.

M. Bégin (2), en pratiquant l'extirpation d'une tumeur cancéreuse du cou, constata l'entrée brusque de l'air par une ouverture faite à la veine jugulaire interne : la compression immédiate du vaisseau arrêta les accidents et assura le succès de l'opération.

M. Velpeau (3) a communiqué à l'Académie un cas d'ablation d'une tumeur cervicale, compliqué de l'introduction probable de l'air dans la veine jugulaire interne. L'occlusion immédiate de la veine et l'emploi des moyens usités contre les syncopes dissipèrent le danger, et la guérison s'effectua.

(1) *Gazette médicale*, 1833.
(2) *Presse médicale*, 22 juillet 1837.
(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome II, page 308.

Enfin Mayor (de Lausanne), en 1839, enleva une tumeur volumineuse de la partie latérale droite du cou chez une femme; la lésion d'une veine profonde y fit pénétrer l'air avec bruit; des symptômes alarmants, survenus aussitôt, furent arrêtés par la compression brusque et saccadée de la poitrine, et la malade fut sauvée.

Voilà les faits qu'il m'a semblé à propos de reproduire sur l'entrée de l'air dans les veines, non pas comme se rapportant d'une manière spéciale ou exclusive à notre sujet, mais comme devant rappeler aux chirurgiens la prudence que leur commande en général l'ablation des tumeurs du cou.

Pour ce qui est de l'hémorrhagie veineuse, et malgré les appréhensions exagérées de la phlébite dans cette région, la ligature des veines jugulaires est indiquée rationnellement, et doit être faite aux deux bouts divisés, afin d'éviter la persistance ou le retour de l'écoulement sanguin. On peut se dispenser de la ligature des veines les plus superficielles.

Quant à la ligature des artères, celle des carotides notamment, des observations prouvent que la carotide primitive elle-même peut être ouverte et liée sur-le-champ, assez sûrement pour ne pas occasionner d'hémorrhagie mortelle.

J'ai vu M. Roux, en 1845, opérer une femme d'une cinquantaine d'années, chez laquelle il avait projeté de lier la carotide primitive, avant de procéder à l'ablation de la tumeur, qui fut du reste assez pénible; mais plusieurs tentatives inutiles pour trouver l'artère firent une nécessité d'y renoncer.

Toutefois il ne serait pas impossible, par une dissection délicate, et l'artère étant refoulée, d'éviter de la lier ainsi que la veine qui l'accompagne.

Pour plus de sécurité, on pourrait, à l'exemple de Goodlad (1),

(1) Article CAROTIDE du *Dictionn. abrégé des sciences médicales.*

en 1815, procéder à la ligature de l'artère, avant de commencer l'opération, si elle semblait trop difficile, ou si le faisceau vasculo-nerveux se trouvait enveloppé par la masse morbide.

Labat en donne aussi le conseil formel, adopté par d'autres chirurgiens, et justifié par l'observation suivante, dont le titre seul annonce tout l'intérêt, en offrant à la fois l'une des opérations les plus compliquées et l'un des résultats les plus heureux : *Extirpation d'une tumeur squirrheuse accompagnée d'un kyste séreux, occupant tout le côté gauche du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule; opération qui a nécessité la ligature de l'artère carotide, de la veine jugulaire interne et la section de la huitième paire de nerfs, par M. Labat, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte.* Il a pratiqué trois fois l'ablation de tumeurs ganglionnaires dégénérées du cou : la première en 1824, la seconde en 1826 et la troisième en 1834. Or il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une femme (d'Aix en Provence) encore jeune, atteinte, vers l'âge de vingt-huit ans, d'un engorgement glandulaire qui devint squirrheux, et finit, au bout d'une huitaine d'années, par acquérir le volume de la tête d'un enfant. L'opération, instamment réclamée par la malade elle-même, offrit des particularités notables. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien, étalé, aminci par l'expansion de la glande dégénérée, formait à sa surface une sorte d'enveloppe musculaire de six pouces de largeur ; des adhérences assez fortes unissaient la tumeur à la parotide, au larynx et à la trachée-artère. Il fallut faire la ligature double de la veine jugulaire externe, de plusieurs branches de l'artère thyroïdienne supérieure, de la veine jugulaire interne, et enfin de la carotide primitive dont la position et les rapports se trouvaient changés. Les accidents d'hémorrhagie, la lésion inévitable des nerfs du plexus cervical, et de la huitième paire divisée avec la carotide et la veine jugulaire interne, les difficultés de la dissection, les dangers enfin d'une

opération aussi aventureuse, comme la désigne lui-même Labat, faillirent laisser la malheureuse femme expirer d'épuisement et de suffocation. La plaie, débarrassée de la tumeur, ressemblait à une préparation anatomique de la région cervicale profonde; elle fut pansée par demi-réunion, et elle représentait une ligne étendue depuis le lobule de l'oreille jusqu'à la clavicule. Quelques accidents hémorrhagiques et nerveux, survenus consécutivement, n'empêchèrent pas la guérison, qui fut complète six semaines après. La masse morbide était formée d'un kyste rempli de sérosité et enveloppant une agglomération de ganglions indurés, une portion des artères carotides, de la veine jugulaire interne et de la huitième paire.

Pansement. — Quel est le mode de pansement auquel il convient d'avoir recours après l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou?

Le plus simple et le plus rationnel, lorsqu'il ne subsiste pas un vide considérable, c'est le rapprochement des lèvres de la plaie, et leur réunion à l'aide de deux compresses graduées, soutenues par des bandelettes agglutinatives et un bandage contentif. Ce mode de pansement permet d'ailleurs d'affaisser les bords d'une plaie assez profonde.

S'il a fallu enlever une portion des téguments, et si les lèvres de la plaie sont trop écartées, ou si elles ont de la tendance à se renverser en dedans (comme à la suite de certaines plaies du cou par instrument tranchant), on peut y faire un ou plusieurs points de suture, et, selon la pratique de M. Baudens, soutenir et comprimer les lèvres de cette plaie avec une éponge imbibée de glace fondante pendant les deux ou trois premiers jours.

Il convient d'agir différemment lorsque l'ablation de la tumeur a laissé dans la profondeur des tissus une excavation trop large. La suppuration doit y être facilitée à l'aide de bourdonnets de charpie recouverts d'un linge fenêtré, de plumasseaux, etc.

M. Velpeau a même adopté ce mode de pansement d'une manière générale, d'après l'idée que le vide résultant de la soustraction de la tumeur assimile la plaie non plus à celles qu'il faut réunir par première intention, mais à celles qui doivent suppurer. M. Sédillot, partage cet avis, et préfère habituellement la réunion médiate.

C'est là une opinion que l'on peut réfuter, en démontrant qu'il est facile de combler le vide de la plaie par la compression méthodique de ses bords, jusque vers son fond. Les compresses graduées appliquées à cet effet ont en outre l'avantage de favoriser une réunion plus exacte.

A défaut de la suture ou des serres-fines, de longues bandelettes agglutinatives, appliquées immédiatement sur ces compresses, les maintiennent en place; un linge fenêtré, de la charpie, une compresse et quelques tours de bande complètent l'appareil. Il sera levé du quatrième au huitième jour (ou plus tôt, si quelques indications particulières l'exigent); mais un cas exceptionnel. On prévient, par ce genre de pansement, une inflammation intense et une abondante suppuration, accidents à craindre par le mode de pansement contraire.

M. Velpeau cependant attribue à la réunion immédiate des inconvénients que je crois exagérés, ou du moins qui ne m'ont pas paru aussi redoutables que l'a dit, dans ses leçons de clinique, le savant professeur de la Charité.

Quelque mode de pansement qui ait été choisi après l'opération, soit la réunion immédiate des lèvres de la plaie, soit le remplissage du fond avec des bourdonnets de charpie, ou autrement dit, la réunion secondaire à la suppuration, le résultat est à peu près constamment une guérison aussi prompte que facile.

Cicatrisation. — La cicatrisation a lieu d'ordinaire du sixième au dixième jour après la réunion immédiate, quelque-

fois à la levée du premier appareil, et du quinzième au trentième jour après la réunion médiate. Un suintement séro-purulent le long des fils de la ligature est le seul effet secondaire qui survienne et cesse à la chute de celle-ci.

Les accidents consécutifs, inflammatoires ou autres, sont à peu près nuls ; et chose remarquable, qui confirme les opinions émises dans ce mémoire, c'est que les cicatrices des plaies d'extirpation sont régulières, franches et solides, n'offrant en un mot aucun des caractères inhérents aux cicatrices des scrofules. Ce fait d'observation s'applique même aux cas dans lesquels des tumeurs considérables laissent après l'opération un vide bientôt comblé par l'appareil contentif.

Résultats. — Les avantages de l'extirpation sont de toute évidence et ne sauraient être contestés, malgré les accidents exceptionnels qu'il a fallu faire connaître. C'est en effet le moyen le plus sûr, le plus prompt de débarrasser instantanément les malades de tumeurs qui les gênent par leur volume, leur induration, leurs altérations diverses et leur tendance à dégénérer. C'est le moyen de guérir radicalement les ulcérations fistuleuses, les suppurations intarissables et même les engorgements symptomatiques de ces tumeurs; c'est enfin le moyen de faire disparaître un mal inspirant toujours de l'inquiétude, si ce n'est un sérieux chagrin aux personnes qui en sont atteintes.

M. Roux a cité en 1844 (1), dans son argumentation à l'Académie de médecine, sur les tumeurs fibreuses du sein, l'observation d'une jeune fille fort jolie qui, sur le point de se marier, exigea qu'une petite tumeur ganglionnaire située sous l'angle de la mâchoire, lui fût extirpée. Elle préférait la trace d'une cicatrice à la difformité d'une tumeur. M. Roux consentit à l'opérer;

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome IX, page 587.

il enleva la glande, et réunit la plaie par première intention. La cicatrice fut linéaire, nonobstant la profondeur de la plaie, et la guérison s'effectua sans accidents.

Une remarque à faire dans ce cas particulier, c'est le résultat heureusement obtenu, malgré les conséquences souvent graves des moindres opérations de complaisance.

Mais un fait général, un effet surprenant tout d'abord, bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, et surtout par les chirurgiens des hôpitaux militaires, c'est le succès habituel, je dirais presque constant des opérations de ce genre. Elles semblent véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimes; et aucune théorie, aucune objection, si rationnelle qu'elle puisse être, ne saurait détruire la réalité de ce fait. Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire ou lorsque j'ai fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs; il m'a laissé, depuis, la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie.

Oui, assurément, à part les dangers immédiats de l'opération, dangers inhérents à l'importance des organes voisins, et à la difficulté d'agir au milieu d'eux sans les léser, l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou doit être considérée comme l'une des plus heureuses applications de l'art à une maladie souvent méconnue dans sa nature et souvent réputée incurable.

Conclusion. — La conclusion essentielle de ce fait général, la conséquence logique des succès obtenus par la chirurgie dans l'ablation de ces tumeurs cervicales chez les soldats, n'est-ce pas évidemment qu'elles représentent dans beaucoup de cas une affection toute locale, due à des causes simples et indépendantes d'une maladie scrofuleuse ou de toute autre diathèse morbide? C'est là ce que j'ai cherché à démontrer en tenant compte des réserves à faire.

Il m'eût été facile de rapporter un grand nombre d'observa-

tions, ou d'en choisir quelques unes à l'appui des principes généraux exposés dans ce travail, mais les développements étendus qui m'ont semblé utiles ne me permettent pas d'y ajouter le détail des faits particuliers, qui n'auraient pas d'ailleurs autant d'intérêt.

Je m'estimerai heureux si j'ai pu, par la lecture de ce long mémoire, obtenir la bienveillante attention de l'Académie et appeler la sollicitude de l'autorité militaire sur l'une des maladies les plus fréquentes de l'armée.